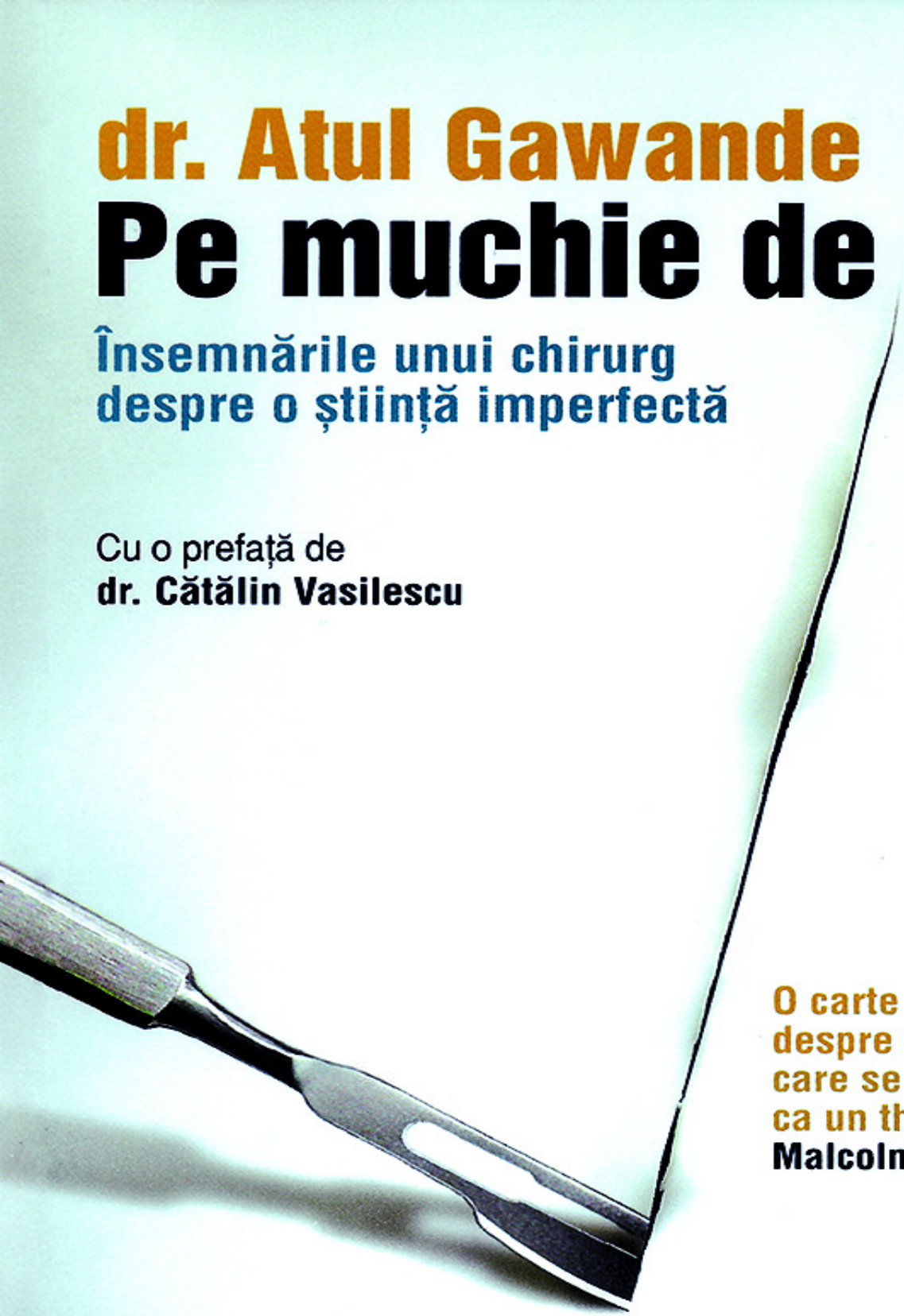
dr. Atul Gawande

Pe muchie de cuțit

Însemnările unui chirurg despre o știință imperfectă

Cu o prefață de
dr. Cătălin Vasilescu



O carte despre medicină care se citește ca un thriller.
Malcolm Gladwell

Bestseller național în SUA, tradus în peste 100 de țări
În topul de „Cărți remarcabile" al *New York Times*
Finalistă în competiția pentru National Book Award

HUMANITAS

www.virtual-project.eu

ATUL GAWANDE

Pe muchie de cuțit

Însemnările unui chirurg despre o știință imperfectă

www.virtual-project.eu

Traducere și note de Roxana Tudor

Humanitas (2009)
Titlu original: Complications. A Surgeon's Notes on an Imperfect Science (2002)

Atul Gawande s-a născut în 1965 în Brooklyn, New York, într-o familie de medici imigranți indieni. A absolvit celebrele Harvard Medical School și Harvard School of Public Health. Actualmente este chirurg la Brigham and Women's Hospital din Boston și profesor la facultatea pe care a absolvit-o. În paralel cu activitatea medicală, deține o rubrică permanentă la *New Yorker*. Este considerat un scriitor de elită. Prima lui carte, *Complications. A Surgeon's Notes on an Imperfect Science*, bazată pe articole publicate inițial în *New Yorker*, a apărut în anul 2002 și a fost finalistă a National Book Award, devenind un bestseller tradus în peste o sută de țări.

Cuvânt înainte

Atul Gawande și-a ales cea mai grea misiune pentru un chirurg: să scrie despre complicații. Să scrie deci o carte despre un subiect care pare să nu existe. Nu cunosc niciun chirurg în activitate care să recunoască faptul că are complicații. Nu se pomenește despre așa ceva, conform ideii că, dacă nu vorbești despre complicații, ele chiar încetează să apară. Sau, cel puțin, credem că e bine să nu vorbim în public despre eșecuri, despre insuccese, despre greșeli, despre tot ceea ce merge, după o intervenție chirurgicală, altfel decât ne-am dori atât noi, chirurgii, cât și pacienții noștri. Despre abaterile nefericite de la planul de tratament. O carte cu un subiect antipatic, pe care în literatura română de specialitate nu a îndrăznit să-l abordeze decât un singur chirurg, profesorul Dan Setlacec (*Chirurgul și lumea sa*, 2004).

Atul Gawande s-a născut în 1965 în Brooklyn, New York, într-o familie de medici imigranți indieni; este chirurg la Brigham and Women's Hospital din Boston și profesor la Harvard Medical School. Scriitor de elită (are o rubrică permanentă la *New Yorker),* este produsul celei mai bune școli medicale din lume, locul la care se raportează, vrând-nevrând, tot ceea ce contează în medicina contemporană. Prima lui carte, *Complications: A Surgeon's Notes on an Imperfect Science*, publicată în 2002, a devenit un bestseller tradus în peste o sută de țări; și, iată, e tradusă acum și în România. Cartea încearcă să explice, să lămurească, să aducă problemele chirurgiei (uneori foarte grele, întotdeauna pasionante) în fața cititorilor din afara lumii medicale. Și asta spre binele tuturor, pacienți, familii și, nu în ultimul rând, medici.

Chirurgia este tot mai dependentă de progresul tehnologic. Se vorbește din ce în ce mai des de chirurgie endoscopică, laparoscopică, robotică sau genetică. Actul chirurgical se întemeiază

tot mai mult pe date de biologie moleculară, pe analiza sofisticată a raportului cost/eficiență, a riscurilor și beneficiilor pe termen lung. Limbajul este tot mai specializat, mai îndepărtat de cel obișnuit. Și așa, treptat, lumea chirurgiei devine tot mai izolată, mai învăluită în mister și magie, deși e un teritoriu al întâmplărilor cruciale, bune sau rele, de fapt cele mai bune sau mai rele *întâmplări* cu putință: vindecarea, alinarea suferinței, dar și infirmitatea, durerea sau moartea. Literatura chirurgicală este abundentă, ea e exprimată însă într-un cod, adesea descifrabil doar de chirurgii acelui domeniu bine delimitat. Este puțin probabil ca un oncolog să înțeleagă în întregime o monografie de chirurgie cardiacă sau ca un urolog să poată pătrunde subtilitățile unui tratat de neurochirurgie. Nu e de mirare deci că problemele tratamentului chirurgical sunt înțelese incomplet de pacienți și jurnaliști, uneori total greșit, cu consecințe de multe ori grave asupra acceptării tratamentului și a înțelegerii noțiunii cruciale de *risc*. *Riscul* în chirurgie este prețul care trebuie plătit pentru beneficiile pe termen lung. Exemplul cel mai relevant e dat de chirurgia cancerului. O intervenție chirurgicală de mică amploare, care să îndepărteze numai și numai țesutul care este evident, vizibil bolnav, trebuie de multe ori pusă în balanță cu o așa-zisă *chirurgie radicală*, care îndepărtează nu doar țesutul malign propriu-zis, ci și ganglionii limfatici din jurul lui. Ganglionii trebuie extirpați pentru că în ei se pot ascunde perfid celule canceroase de neobservat cu ochiul liber, celule ce constituie punctul de plecare pentru recidivă sau pentru viitoare metastaze, cu alte cuvinte pentru reapariția bolii în viitor, în aceeași regiune sau în organe aflate la distanță de tumora inițială. O chirurgie limitată are riscuri de complicații mici (e foarte comodă pentru chirurg!), dar expune în mult mai mare măsură la teribile reapariții ale bolii. Chirurgia radicală, dificilă, deși generatoare în mai mare măsură de complicații imediate după intervenția chirurgicală, dă șanse mult mai bune de supraviețuire pe termen lung. Ce este deci de făcut? Trebuie desigur cântărit riscul, pus în balanță cu beneficiile pentru bolnav așteptate de la operație. Uneori lucrurile sunt clare și ușor de explicat, alteori însă decizia se află pe muchie de cuțit. Cum trebuie procedat? Cum e etic? Cum e legal?

Cu un talent de autor de romane polițiste, Gawande reușește să ne aducă în fața ochilor pacienți cu probleme reale, o lume vie care dezvăluie cititorului lucruri altminteri teribil de greu de explicat pe înțelesul lui. Tot hățișul de dificultăți al deciziei chirurgicale, cu problematica acordului informat al pacientului, cu detalii care nu sunt simple decât pentru birocrația juridică, dar care, în realitate, sunt la fel de complicate ca viața. Căci e vorba despre decizia unui om, chirurgul, asupra destinului altui om, pacientul. Cel dintâi este puternic și informat, cel de-al doilea își riscă în această relație integritatea corporală, liniștea sufletească și, uneori, viața. E o relație fragilă de încredere în decizia terapeutică și, mai cu seamă, în cea chirurgicală, în care joacă un mare rol o mulțime de influențe nemedicale. Contează dacă ultima operație de același tip a fost un succes sau un eșec, impactul acesteia asupra chirurgului. Contează personalitatea chirurgului, dacă este un om curajos sau mai degrabă prudent, contează ceea ce a văzut, ceea ce crede, contează impresiile, dorințele sau emoțiile. Contează enorm ceea ce se numește *intuiție chirurgicală.* Sunt deci importante în luarea unei decizii corecte lucruri imposibil de cuantificat, mărunte la prima vedere, dar care pot fi decisive. Există numeroase situații în care este limpede ca lumina zilei ce e făcut. O peritonită cu manifestări clare trebuie rezolvată, o hemoragie trebuie oprită. Există însă și foarte multe situații în care nu-i evident ce este cel mai bine să faci. Sunt de luat decizii cu informații incomplete, sunt situații de incertitudine, cu riscuri greu de apreciat și de pus în balanță, cu beneficii discutabile. Există marele risc de a confunda dorințele cu realitatea.

Chirurgul nu este, neapărat, un om trist, dar el ar trebui să fie responsabil, deci *apăsat* de eventualitatea de a greși, de a avea un eșec, de exact acele situații care fac chirurgia îngrozitor de grea, de frumoasă, uneori eroică, de multe ori tragică. Eșecuri a căror amintire te urmărește mereu, contracarate uneori de succese nesperate, cele care fac, la urma urmei, ca viața de chirurg să merite trăită.

Gawande ni-i prezintă, cu cele mai veridice detalii, uneori cu acuitate de reportaj, pe chirurgii buni și pe cei mai puțin buni, se

întreabă odată cu noi dacă în chirurgie poate fi tolerată eroarea – și, dacă da, în ce măsură.

Există, desigur, talent chirurgical. Chirurgul talentat va învăța mai repede și va ajunge mai departe decât ceilalți în materie de performanță operatorie. Un chirurg bun însă nu se naște, ci se formează, spune Gawande; și încearcă să arate, după modelul propriei experiențe de rezident la Boston, cum e posibil ca un tânăr absolvent de medicină să devină, după ce a parcurs timp de mulți ani ierarhia feudală a lumii medicale, un chirurg adevărat.

Succesul în chirurgie poate fi câteodată toxic. Sub presiunea avalanșei de pacienți, fie ei și atrași de o reală, indiscutabilă competență, apare riscul superficialității, al aproximării grăbite, al neglijențelor cu consecințe uneori foarte grave. Este mecanismul prin care un bun chirurg poate deveni unul ocolit de pacienți și marginalizat de comunitatea medicală. Rezonanța profesională a problemelor personale (boală, îmbătrânire, depresie, griji de tot felul) este în chirurgie mai evidentă decât în orice alt domeniu al medicinei.

Chirurgia este un teritoriu al științei. Este cu atât mai surprinzător că există și aici gândire magică; chirurgii cred în ghinion și în șansă, poate și datorită dificultății de a găsi întotdeauna relațiile cauzale în lumea de mare complexitate a viului. Chirurgul realizează aceeași operație de 100 de ori. De ce 95 de bolnavi se vindecă, iar 5 fac complicații? Nu a greșit, a făcut în cazul fiecărui pacient ceea ce trebuia făcut, ceea ce face mereu. A planificat, a gândit logic, a executat impecabil intervenția. Și totuși… De aici până la superstiție nu mai este decât un pas. Va încălța, poate, de fiecare dată în sala de operație o anumită pereche de pantofi, va face pansamentul într-un anumit mod și nu va recunoaște niciodată că e vorba de pură superstiție. Dar va evita să fie de gardă pe 13 ale lunii, mai ales dacă e vineri…

Chirurgul nu mai poate fi astăzi un erou, un „Napoleon înarmat cu un bisturiu”. El este un tehnician tot mai specializat, interesat de reducerea ratei complicațiilor și obținerea de rezultate tot mai bune

pe termen lung, de reducerea riscurilor și a costurilor actului chirurgical. În lumea largă, la fel ca în România, el pare a fi un om care știe tot mai multe despre tot mai puțin, într-un domeniu din ce în ce mai puțin accesibil laicilor.

Câteodată însă, ca o excepție necesară, apare și câte unul care știe nu numai chirurgie, ci și să scrie ca un scriitor. Știe și *despre ce* să scrie, și *cum* să o facă, ducând în lumea largă povestea frământărilor din lumea aproape închisă a chirurgiei. O face onest și captivant, punând întrebările bune și luându-l pe cititor părtaș la căutarea răspunsurilor. Atul Gawande își asumă această sarcină. Scrie bine pentru că înțelege bine despre ce e vorba, pentru că înțelege chirurgia ca un chirurg; dar și pentru că scrie despre ea ca un scriitor. Scoate chirurgia din lumea ei insulară și o aduce în fața ochilor dumneavoastră. E o șansă care nu trebuie ratată.

Conf. Dr. Cătălin Vasilescu

Nota autorului

Istorisirile din volumul de față sunt adevărate. Pentru a proteja confidențialitatea protagoniștilor, am fost nevoit însă să schimb numele unor pacienți, pe cel al membrilor familiilor lor și pe al mai multor colegi ai mei. În anumite cazuri, m-am simțit obligat să modific unele detalii minore, care ar fi putut permite identificarea persoanelor în cauză. Am menționat în text, de fiecare dată, situațiile în care am recurs la astfel de modificări.

Introducere

Eram de serviciu la urgență, când a fost adus, pe targa mobilă, un tânăr în vârstă de vreo douăzeci de ani, împușcat în șezut. Pulsul, tensiunea arterială și respirația erau normale. Un asistent medical i-a tăiat hainele cu ajutorul unor foarfece speciale și l-am examinat din cap până-n picioare, încercând să fac o evaluare sistematică, dar foarte rapidă, a stării pacientului. Am identificat, în fesa dreaptă, orificiul de intrare al plăgii prin împușcare – o leziune rotundă, perfect delimitată, roșie, de circa un centimetru. N-am putut depista orificiul de ieșire al plăgii. Nu erau vizibile niciun fel de alte leziuni.

Era lucid și speriat, mai mult de noi decât de glonț. „Mă simt bine", susținea tânărul. „Sunt *bine."* La tușeul rectal, însă, am sesizat, pe suprafața mănușii chirurgicale utilizate pentru explorarea digitală, urme de sânge proaspăt, ceea ce am observat, după introducerea unui cateter urinar, și la nivelul vezicii urinare.

Concluzia era limpede. I-am spus că prezența sângelui indica faptul că glonțul îi pătrunsese în corp atât prin rect, cât și prin vezica urinară. Era posibil să fi fost lezate și vase mari de sânge, rinichii sau unele părți ale intestinului. I-am zis că se impunea rapid o intervenție chirurgicală. S-a uitat în ochii mei și a înțeles gravitatea situației, așa că, în timp ce asistentele îi acopereau trupul, pregătindu-se s-o pornească din loc, a încuviințat, printr-o mișcare a capului aproape involuntară, lăsându-și soarta în mâinile noastre. Căruciorul și-a luat avânt, cu pungile de intravenoase bălăngănindu-se pe lângă el, iar oamenii ne țineau ușile deschise, ca să putem trece, în sala de operație, a și fost luat în primire de anestezist. Am făcut, rapid, o incizie adâncă, de la mijlocul abdomenului în jos, de la nivelul cuștii toracice până spre regiunea pubiană, am înșfăcat depărtătorul, am deschis cavitățile. Și… n-am găsit absolut nimic.

Nici vorbă de sânge. Nicio leziune a vezicii urinare. Nicio plagă în zona rectală. Nici urmă de glonț. Am aruncat o privire sub cearșaful

care învelea pacientul, ca să observăm aspectul urinei excretate prin cateter. De data aceasta, avea culoarea normală, galben deschis. Nu mai exista nici măcar o umbră sângerie. Am adus în sala de operație un aparat cu raze X și am radiografiat regiunea pelviană, pe cea abdominală și sternul pacientului, dar nici imagistica nu evidenția prezența vreunui glonț. Situația era cel puțin ciudată. După noi căutări zadarnice, vreme de peste o oră, se părea că nu mai aveam ce altceva să facem în cazul tânărului decât să-l coasem la loc. Două zile mai târziu, i-am făcut totuși încă o radiografie. Aceasta a relevat existența unui glonț în interiorul cadranului superior drept al abdomenului. N-am reușit să ne explicăm nimic din ceea ce se întâmplase – cum ajunsese un glonț de plumb, cu o lungime de o jumătate de inch, să străbată traseul cuprins între șezut și stomac fără să producă vreo leziune, de ce nu a fost detectat la examenul imagistic precedent sau care era sursa sângerării sesizate inițial? În final, întrucât prejudiciile provocate de noi erau mai însemnate decât cele determinate de glonțul propriu-zis, am lăsat în pace și „corpul delict”, și pe tânărul pacient, pe care l-am mai ținut în spital încă o săptămână. Nepunând la socoteală tăietura pe care i-o făcusem, starea lui s-a ameliorat vizibil.

Am constatat că medicina este o „afacere” ciudată și, în multe privințe, generatoare de anxietate. Mizele sunt mari, iar libertățile asumate, uriașe. Le dăm oamenilor medicamente, le aplicăm ace și tuburi, le manipulăm funcțiile chimice, biologice și fizice, le inducem pierderea cunoștinței și le deschidem trupul, expunându-l privirilor lumii. În tot ceea ce facem suntem animați de o încredere neabătută în propria noastră competență profesională. Totuși, cu cât ajungi să stăpânești mai bine tainele profesiei – suficient de bine încât să observi privirile încruntate, îndoielile și erorile de conduită, eșecurile, dar și succesele –, cu atât vezi mai clar cât de solicitantă, de problematică și de surprinzătoare se dovedește a fi, de fapt, medicina.

Ceea ce mă uimește mereu este natura profund umană a unei îndatoriri. De obicei, când ne referim la medicină și la capacitățile ei remarcabile, gândul ne duce imediat la știință și la întregul ei arsenal de luptă împotriva bolilor și a suferințelor: testele,

aparatura, medicamentele, procedurile. Și, indubitabil, în jurul lor gravitează aproape tot ceea ce realizează medicina. Dar numai rareori înțelegem lucrurile în complexitatea lor. Aveți o tuse care nu vă dă pace – și ce faceți? Nu apelați la știință, ci la medic. La un doctor care are și zile bune, și zile proaste. Sau la unul cu un râs ciudat și o tunsoare nereușită. Ori la altul care trebuie să consulte încă trei pacienți și care, inevitabil, mai are ceva lacune în pregătirea teoretică și în cea practică.

Recent, la unul dintre spitalele la care lucrez ca rezident a fost transportat cu elicopterul un băiat. Lee Tran – așa l-am putea numi – era un puști micuț, cu păr țepos, abia ieșit de pe băncile școlii primare. Fusese întotdeauna sănătos. De o săptămână însă, mama lui observase că avea o tuse seacă, persistentă și că nu mai era la fel de vioi ca de obicei. De două zile, nu mâncase mai nimic. S-a gândit c-ar fi putut avea o gripă. În seara aceea însă, a venit la ea palid, cu frisoane și wheezing[{1}]; brusc, n-a mai putut să respire normal. Doctorii de la camera de gardă a unei unități medicale locale i-au administrat tratamente pe bază de vapori, pentru normalizarea respirației, gândindu-se că avea un episod de astm. Un examen cu raze X însă a evidențiat existența unei formațiuni uriașe în interiorul regiunii mediane a toracelui. Pentru a obține mai multe informații, i s-a făcut și o tomografie computerizată (TE). Imaginea respectivă, cu un foarte bun contrast alb-negru, a evidențiat o formațiune tumorală densă, aproape de dimensiunea unei mingi de fotbal, dispusă ca un înveliș în jurul vaselor de sânge dinspre inimă, care împingea într-o parte cordul, comprimând, astfel, tractul respirator spre ambii plămâni. Tumora obturase complet accesul spre plămânul drept, care, în lipsa aportului de aer necesar, își redusese drastic dimensiunile, având, pe imaginea TE, aspectul unei formațiuni gri, atrofiate. Spațiul disponibil era invadat de o mare de fluid provenit de la tumoră. Lee trăia doar cu ajutorul plămânului stâng, tractul respirator către acesta fiind și el comprimat de formațiunea tumorală. Spitalul local unde se afla micul pacient nu avea dotarea necesară pentru a trata adecvat un asemenea caz. Așa că doctorii l-au trimis la unitatea noastră, care avea și personal medical specializat, și aparatură performantă. Ceea ce nu însemna însă că

știam perfect ce aveam de făcut.

Când a ajuns în departamentul nostru de terapie intensivă, Lee avea o respirație zgomotoasă, șuierătoare, ce putea fi auzită de la distanță. Datele prezentate de literatura științifică susțin fără echivoc gravitatea unei asemenea situații: poate să fie letală. Simpla manevră de așezare a pacientului pe spate ar fi putut determina, datorită presiunii exercitate de tumora, întreruperea comunicării cu căile respiratorii rămase neafectate. Același efect nedorit l-ar fi avut și administrarea de sedative sau de anestezice. Extirparea tumorii prin intervenție chirurgicală este imposibilă. Se știe însă că chimioterapia are, uneori, un impact pozitiv asupra unor astfel de tumori, cărora le reduce dimensiunile în decurs de câteva zile. Dar cel mai important era să fie identificată modalitatea optimă prin care se putea câștiga timp pentru salvarea băiatului, căci exista riscul ca pacientul să nu supraviețuiască peste noapte.

Lee era supravegheat de două asistente, un anestezist, un stagiar la chirurgie pediatrică și trei rezidenți, printre care și eu; țineam legătura atât cu șeful secției de chirurgie copii – care, aflat în mașină, în drum spre spital, vorbea cu noi de pe mobil –, cât și cu oncologul, pe care-l contactasem pe pager. Una dintre asistente a ridicat băiatul pe perne, ca să se asigure că avea spatele cât se putea de drept. Cealaltă i-a aplicat o mască de oxigen pe față și l-a conectat la monitoarele care-i supravegheau semnele vitale. Ochii copilului, larg deschiși, aveau un aer speriat, iar respirația îi era de două ori mai accelerată decât normal. Familia lui se afla în drum spre spital, dar era încă departe. Puștiul era în continuare înduioșător de curajos, așa cum sunt copiii în mult mai multe situații decât ne imaginăm noi, adulții.

Instinctul mi-a dictat că prima manevră a anestezistei ar trebui să constea în introducerea unui tub endotraheal rigid, pentru a menține deschis tractul respirator al băiatului înainte ca tumora să-l comprime definitiv. Anestezista a considerat că o asemenea intervenție era nebunie curată. Ar fi însemnat să facă intubarea fără sedarea adecvată a pacientului, care, în mod obligatoriu, trebuia să aibă corpul ridicat. Iar tumora afecta o zonă extinsă a tractului respirator, așa că anestezista nu era deloc convinsă că ar putea

efectua cu ușurință o astfel de manevra.

Chirurgul specialist în chirurgie toracică a venit cu o altă propunere: dacă am introduce un cateter în partea dreaptă a cavității toracice și am extrage lichidul din interior, tumora s-ar deplasa din plămânul stâng. Chirurgul-șef, cu care țineam legătura prin telefonul mobil, își exprima îngrijorarea că o asemenea intervenție ar putea agrava situația. Odată ce ai dislocat o bucată mare de piatră, cât de exact poți aprecia în ce direcție se va rostogoli? Oricum, nimeni nu avea o altă sugestie mai bună. Așa că, în final, ne-a îndemnat să-i dăm drumul.

I-am explicat lui Lee, în cel mai simplu mod cu putință, tot ceea ce urma să facem. Mă îndoiesc că a înțeles ceva. Poate că era chiar mai bine așa. După ce ne-am adunat toate ustensilele de care aveam nevoie, doi dintre noi l-au apucat strâns pe băiat, iar un altul i-a injectat un anestezic local intercostal și a făcut o mică incizie, pentru a introduce un cateter lung de circa 45,5 cm. A început să se reverse o cantitate mare de lichid sângeriu, iar pentru o clipă am avut senzația că făcusem ceva îngrozitor. Așa cum avea să se dovedească însă, intervenția noastră fusese inimaginabil de eficientă. Tumora a fost deviată spre dreapta, ceea ce a permis destinderea căilor respiratorii către *ambii* plămâni. Aproape instantaneu, Lee a început să respire mai ușor și fără zgomot. L-am privit cu toții minute în șir.

Abia mai târziu am căzut pe gânduri, analizând decizia pe care o luaserăm. Nu avuseserăm decât ceva mai mult decât o vagă idee despre ceea ce trebuia să facem – cu alte cuvinte, parcă am fi fost în situația de-a înjunghia pe cineva în plină beznă. Nu avuseserăm niciun plan de rezervă, pentru cazul în care s-ar fi întâmplat o nenorocire. Iar când am citit, mai târziu, la bibliotecă, prezentări ale unor cazuri similare, am aflat că, de fapt, existau și alte opțiuni. Se pare că intervenția cea mai sigură ar fi constat în conectarea pacientului la o pompă bypass cardio-pulmonară, aidoma celei folosite în chirurgia cardiacă; sau cel puțin să avem disponibil un asemenea dispozitiv, pentru a-l utiliza la nevoie. Totuși, după ce am vorbit cu ceilalți colegi, am văzut că nimeni nu regreta nimic. Lee a supraviețuit Asta conta cel mai mult. Începuse chimioterapia.

Analiza lichidului pulmonar a relevat faptul că tumora era un limfom, ceea ce, după spusele oncologului, sporea cu 70% șansa unei vindecări complete în cazul lui Lee.

Astfel de momente vădesc pulsul dinamic al medicinei. Și tocmai ele constituie substanța cărții de față – momentele când putem vedea lucrurile așa cum sunt și în care avem ocazia să reflectăm mai profund asupra lor. Vrem ca medicina să fie o sferă de activitate cu un câmp bine sistematizat de noțiuni teoretice și de proceduri. În realitate însă, nu e deloc așa. Este o știință imperfectă, o profesie îndrăzneață, ce implică schimbări permanente ale nivelului de cunoaștere, informații variabile și indivizi supuși greșelilor, dar și un înalt grad de risc. Ceea ce facem noi e știință, desigur, dar și deprindere, intuiție sau, uneori, simplă presupunere, bazată pe experiență. Decalajul dintre ceea ce știm și ceea ce dorim să facem există încă. Și ne complică toate acțiunile.

Sunt rezident la chirurgie, mă apropii de finalul stagiului de pregătire de opt ani în specialitatea chirurgie generală, iar cartea de față este rodul acestei experiențe, pe care am trăit-o intens. Am lucrat, de asemenea, în cercetarea de laborator din domeniul sănătății publice, am urmat cursuri de filosofie și etică, am fost consultant guvernamental pe probleme de politici sanitare. Sunt fiu de medici, soț și părinte. Am încercat să scriu prezentul volum din perspectiva oferită de toate aceste aspecte ale vieții mele. Cartea surprinde însă – și asta contează cel mai mult – situațiile pe care le-am întâlnit ori la care am asistat în cursul activității de zi cu zi dedicate îngrijirii oamenilor. Ca medic rezident, ai un avantaj deosebit – ești în miezul problemelor, observi totul, participi la orice și, în același timp, vezi totul într-o formă nouă.

Într-un fel, dorința de-a ajunge să înțeleagă incertitudinile și dilemele medicinei ține de însuși specificul chirurgiei. Această specialitate a atins un nivel de performanță tehnică similar celui din medicină, însă marii chirurgi recunosc mereu limitele științei și ale competențelor umane. Cu toate acestea, este de datoria lor să acționeze întotdeauna prompt.

Titlul cărții, *Complicații*[{2}], nu redă numai întorsăturile neașteptate

ale unor situații ce se pot ivi în cadrul medicinei, ci și, mai cu seamă, propria mea îngrijorare cu privire la incertitudinile și dificultățile cu care ne confruntăm în activitatea noastră. Este acea medicină pe care nu o găsim explicată în manuale, dar care, pe măsură ce deslușeam tainele profesiei, m-a intrigat, uneori m-a tulburat, iar alteori m-a uimit. Am împărțit cartea în trei părți. Prima analizează problema erorilor medicale, încercând să deslușească, printre altele, cum se produc ele, cum învață un novice să mânuiască bisturiul, ce înseamnă să fii un doctor bun și cum ajunge să se transforme un astfel de statut într-unul de medic rău. Partea a doua are în vedere misterele și necunoscutele medicinei, precum și eforturile întreprinse pentru a le desluși; sunt redate relatările unui arhitect care avea o durere de spate invalidantă, fără nicio cauză evidentă de naturii fizică, cele ale unei tinere femei care prezenta stări de greață și de vomă severe, rebele la orice tratament, ale unei prezentatoare de știri a cărei roșeață a feței devenise, într-un mod inexplicabil, atât de pregnantă, încât nu-și mai putea face meseria. Partea a treia, cea finală, abordează problema incertitudinii în sine.

Pentru că latura vitală, și cea mai interesantă, a medicinei nu ține de cât de multe cunoștințe de profil avem, ci de cât de multe nu știm – și de modul cel mai înțelept în care ne putem învinge ignoranța.

Am căutat, pe tot parcursul cărții, nu doar să redau idei, ci și, mai ales, să surprind oamenii aflați în centrul evenimentelor relatate – pacienți și doctori deopotrivă. În fine, cel mai mult mă interesează medicina practică, de zi cu zi – ce se întâmplă când aspectele științifice tranșant de simple se confruntă cu cele atât de complexe ale vieții unui individ. Oricât de mult a progresat în timpurile moderne, medicina continuă să aibă foarte multe aspecte necunoscute și, adesea, neînțelese corect. Am considerat-o mereu mai performantă decât este în realitate și mai puțin extraordinară decât poate fi.

Partea I

ERORI

Educația unui bisturiu

Pacientul trebuia să fie supus unei incizii centrale. „E șansa ta”, a spus S., rezidentul-șef. N-am mai făcut niciodată așa ceva. „Pregătește-te și dă-mi un semnal pe pager când ești gata să începi.”

Era a patra săptămână de pregătire în cadrul secției de chirurgie. Aveam buzunarele halatului doldora de tot felul de lucruri: date ale pacienților, fișe cu instrucțiuni de resuscitare cardiopulmonară și de utilizare a sistemului de dictare, o pereche de mănuși chirurgicale, un stetoscop, accesorii pentru pansarea rănilor, tichete de masă, un pix, foarfece și ceva mărunțiș. Odată ajuns în capul scărilor de pe etajul pacienților, am grăbit pasul.

O să fie bine, încercam să mă îmbărbătez singur va fi prima mea procedură reală. Pacientul meu – în vârstă de vreo 50 de ani, corpolent și taciturn – se afla în perioada de recuperare după intervenția chirurgicală abdominală pe care o suferise cu circa o săptămână în urmă. Încă nu i se reluase tranzitul intestinal, ceea ce nu-i permitea să mănânce nimic. I-am explicat că, în cazul său, era necesar să se recurgă la nutriție pe cale intravenoasă, ce impunea montarea unui „cateter special” și introducerea ei în interiorul toracelui. I-am spus că aveam să-i instalez cateterul respectiv menținându-l la orizontală, în pat, ceea ce însemna că trebuia să-i administrez un anestezic local, la nivelul unui punct din regiunea toracică prin care urma să introduc cateterul. N-am menționat faptul că linia avea o lungime de circa 20 de centimetri și că trebuia să penetreze vena cavă, principalul vas de sânge ce mergea spre inimă. Și nici n-am spus o vorbă despre câtă îndemânare presupunea practicarea unei asemenea proceduri. I-am zis doar că intervenția implica și unele „mici riscuri”, ca, de pildă, apariția unei hemoragii sau a colapsului pulmonar, când e realizată de un medic cu experiență, probleme de acest fel nu apar decât cu o frecvență de sub un caz la o sută de pacienți.

Era evident că eu, unul, nu eram un astfel de doctor experimentat. Și au început să mi se perinde prin minte toate situațiile catastrofale pe care le știam: femeia care murise în urma unei hemoragii masive, datorată lezării venei cave de către un rezident; bărbatul care a necesitat deschiderea toracelui fiindcă un rezident dăduse drumul ghidului din interiorul cateterului, care a ajuns la nivelul cordului; omul care a făcut stop cardiac după ce procedura aplicată i-a provocat fibrilație ventriculară. Pacientului meu nu i-am pomenit însă nimic despre astfel de lucruri atunci când i-am cerut permisiunea să-i montez cateterul. Iar el mi-a spus „OK”, deci puteam să-i dau drumul.

Am văzut-o pe S. montând două catetere centrale – unul dintre ele, chiar în ziua precedentă, și am asistat la efectuarea întregii proceduri. Am observat cum își aranja instrumentarul, cum întindea pe spate pacientul, după care îi fixa între omoplați un prosop rulat, ca să-i mențină toracele arcuit. Am văzut cum i-a tamponat pieptul cu un antiseptic, cum i-a administrat injecția cu lidocaină, care este un anestezic local, și cum, în condiții de perfectă sterilitate, i-a puncționat toracele, în apropierea claviculei, cu un ac lung de circa 7,5 cm, atașat la o seringă. Pacientul n-a avut nici măcar o tresărire. S. mi-a spus cum să evit perforarea plămânului cu acul („Trebuie să pătrunzi sub un unghi ascuțit și să rămâi *exact* sub claviculă”). A împins acul aproape până la capăt. Apoi a tras pistonul seringii. Pătrunsese în interior – fapt lesne de observat, fiindcă seringa se umpluse cu sânge maroniu. („Dacă sângele este roșu deschis, înseamnă că ai lezat o arteră”, mi-a spus S. „Și asta nu-i bine deloc.”)

De îndată ce vârful acului a pătruns în venă, trebuie să lărgești orificiul din peretele vasului, să introduci cateterul și să-l tragi în direcția corectă – spre inimă, nu spre creier; toate aceste manevre să fie efectuate fără să afectezi vasele de sânge, plămânul sau orice altceva. Pentru asta, mi-a explicat S., începi prin a monta un cateter-ghid. A extras seringa, lăsând acul pe loc. Sângele a țâșnit afară. A luat un fir subțire de cauciuc, cu o lungime de aproximativ 61 cm, asemănător corzii metalice *re* a unei chitare electrice, și l-a trecut aproape pe tot prin urechea acului, în interiorul venei și spre vena

cavă. „Să nu forțezi niciodată”, m-a avertizat ea, „și să nu cumva să-i dai drumul vreodată.” Pe monitorul cardiac a apărut o accelerare bruscă a ritmului cardiac, așa că S. a tras firul înapoi circa 2,5 cm. Atinsese inima, provocând fibrilație temporară. „Uite, am ajuns unde trebuia”, mi-a șoptit. Apoi, către pacient: „Totul e foarte bine. Mai durează doar două minute.” A extras acul pe lângă fir și în locul lui a introdus un dilatator din plastic, dens și rigid, pe care l-a împins cu putere ca să lărgească deschiderea venei. După ce l-a scos, a trecut cateterul central venos – un tub galben, flexibil, de grosimea unei spaghete – de-a lungul firului, până a pătruns în interior. În acel moment putea scoate ghidul. A curățat rapid cateterul cu o soluție de heparină și l-a suturat în cavitatea toracică. Asta a fost tot.

Văzusem cum decurge procedura. Venise acum rândul meu să încerc s-o aplic. M-am apucat să adun instrumentarul necesar-un kit pentru cateter central, mănuși, bonetă, mască, lidocaină – și mi s-a părut că a durat o veșnicie. După ce, în sfârșit, mi-am strâns la un loc tot ceea ce aveam nevoie, m-am oprit în dreptul ușii pacientului meu și am rămas nemișcat, încercând, calm, să rememorez etapele intervenției. Mi se părea frustrant de neclare. Dar nu mai puteam trage de timp. Mai aveam de făcut o mulțime de lucruri: trebuia externată doamna A; trebuia programat domnul B la ecografie abdominală; trebuia să-i scot firele doamnei C… Și aproape din sfert în sfert de oră îmi erau comunicate pe pager noi sarcini – domnului X îi era greață și trebuia să fie văzut; familia domnișoarei Y era în spital și cineva trebuia să stea de vorbă cu ei; domnul Z avea nevoie de un laxativ. Am tras adânc aer în piept, am arborat cel mai convingător aer „fiți-fără-grijă-știu-ce-am-de-făcut” și am intrat în salon, ca să montez cateterul.

Mi-am așezat instrumentarul pe o masă de lângă patul bolnavului, i-am desfăcut la gât cămașa de spital și l-am întins pe spate, pe saltea, cu pieptul dezgolit și brațele dispuse de-o parte și de alta a corpului. Am direcționat o lumină fluorescentă deasupra capului și am ridicat patul la un nivel convenabil pentru mine. Am anunțat-o pe S., pe pager, că poate veni. Mi-am pus halatul și mănușile și am etalat pe o tavă sterilă, așa cum îmi aminteam că

procedase S., cateterul central, cateterul-ghid și alte materiale din componența kitului. Am încărcat o seringă cu cinci centimetri cubi de lidocaină, am îmbibat două pense port-tampon în soluție antiseptică, maron-gălbuie, de betadină și am deschis ambalajul cu materiale pentru sutură. Eram gata să-ncep.

A sosit și S. „Cum stă cu numărul de trombocite?”

Am simțit un nod în stomac. Nu verificasem. Era grav: dacă testul ar fi evidențiat un cuantum prea mic, procedura îi putea provoca pacientului o sângerare masivă. S. s-a îndreptat spre computer, să verifice parametrul respectiv. Avea o valoare acceptabilă.

Spășit, am început să-i tamponez pieptul cu soluția antiseptică. „I-ai pus prosopul rulat între omoplați?” m-a întrebat S.

Ei bine, nu. Uitasem și asta. Pacientul mi-a aruncat o privire. Fără să scoată o vorbă, S. A luat un prosop, l-a făcut sul și i l-a fixat în spate, în locul meu. Odată aplicat antisepticul, l-am învelit cu cearșaful, în așa fel încât să rămână dezgolită doar zona superioara de pe partea dreaptă a toracelui. Omul s-a răsucit ușor sub cearșaf. S. mi-a inspectat tava. Începea atacul, iar eu trebuia să am garda pusă.

„Unde e seringa suplimentară, necesară pentru curățarea cateterului când acesta se află în interiorul toracelui?” Fir-ar să fie! S-a dus s-o aducă.

Am pipăit pieptul pacientului, în căutarea reperelor. *Aici?* am întrebat-o pe S. din privire, străduindu-mă să nu slăbesc și mai mult încrederea bolnavului. A dat din cap, încuviințând. Am anesteziat cu lidocaină zona marcată. („Acum, domnule, veți simți o pișcătura și veți avea o senzație de arsură.”) Apoi am apucat acul lung de 7,5 cm și am pătruns în piele. Am înaintat cu mișcări ușoare și nesigure, cu doar câțiva milimetri odată, de teamă ca nu cumva să produc vreo leziune gravă. Afurisit de mare mai e acul ăsta, mă tot gândeam. Nu-mi venea să cred că-l înfigeam în pieptul cuiva. Mă concentram să mențin la intrare un unghi ascuțit, dar continuam să-i străpung clavicula în loc să mă strecor sub ea.

„Au!” a strigat pacientul.

„Îmi pare rău”, i-am spus. S. mi-a făcut un semn sugestiv cu mâna, indicându-mi să intru sub claviculă. De data asta am reușit.

Am tras pistonul seringii. Nimic. S. mi-a făcut semn să merg mai adânc. Am pătruns și mai profund. Nimic. Am scos acul, l-am curățat de câteva resturi de țesut, care-l colmatau, și am încercat din nou.

„Au!”

Era tot prea superficial. Mi-am croit încă o dată drumul pe sub claviculă. Am retras seringa. Tot nimic. E prea obez, mi-am zis. S. s-a echipat cu mănuși și halat „Ce-ar fi să arunc și eu o privire?” a întrebat ea. I-am dat acul și m-am dat la o parte. A introdus acul, a tras pistonul seringii și gata, ajunsese la destinație. „Terminăm îndată”, i-a zis pacientului. Mă simțeam complet incompetent.

M-a lăsat apoi să mă ocup, de etapele următoare, pe care le-am parcurs cu stângăcie. Nu mi-am imaginat cât de lung și de flexibil era cateterul-ghid până în momentul în care am scos rola din învelișul de plastic și, introducând unul dintre capete în corpul pacientului, a fost cât pe-aci să-l las pe celălalt să se atingă de cearșaful de pat, nesteril. Am uitat de etapa de dilatare până în clipa când mi-a adus aminte S. Apoi, când am introdus dilatatorul, n-am împins suficient de puternic, așa că S. a fost cea care a efectuat, de fapt, manevra completă. În final, am reușit să montăm cateterul, l-am curățat și l-am suturat.

După ce am ieșit din sală, S. a afirmat că data viitoare aș putea să fiu mai puțin ezitant, dar că n-ar trebui să-mi fac prea multe griji în legătură cu modul în care decurseseră lucrurile. „O să înveți”, a zis. „E nevoie doar de exercițiu.” Eu nu eram prea sigur de asta. Pentru mine, procedura a rămas complet învăluită în mister. Și mă obseda ideea străpungerii pieptului cuiva cu un ac, atât de adânc și orbește. Am așteptat cu sufletul la gură radiografia. Dar a ieșit bine: nu provocasem nicio leziune la nivelul plămânului, iar cateterul se afla la locul potrivit.

Nu oricine este atras de tainele chirurgiei. Când ești student la medicină și te afli pentru prima dată în sala de operație, fie te cuprinde groaza, fie rămâi cu gura căscată de uimire și pioasă admirație când vezi chirurgul pătrunzând cu bisturiul în corpul unei ființe umane și deschizându-l ca pe un fruct. Eu am fost uluit. N-am

fost fascinat doar de sânge și de viscere, ci, în primul rând, de ideea că un simplu om poate avea atâta siguranță de sine încât să-și însușească arta de-a mânui acel bisturiu.

Există o zicală cu o conotație critică despre chirurgi: „Uneori greșesc, dar nu se îndoiesc niciodată." După părerea mea însă, este tocmai ceea ce le conferă forța de care dau dovadă. Chirurgii se confruntă în fiecare zi cu incertitudini. Informațiile sunt necorespunzătoare; știința e ambiguă; cunoștințele și abilitățile oamenilor nu ating niciodată stadiul perfecțiunii. Chiar și în cazul celei mai simple operații, nu există nicio garanție că pacientul se va simți mai bine după efectuarea ei decât dacă n-ar fi făcut-o deloc – ori chiar că va supraviețui. Când m-am aflat pentru prima oară în fața mesei de operație, m-am întrebat cum de știa chirurgul că intervenția sa va fi benefică pentru bolnav, că toate etapele aveau să se desfășoare conform planificării, că sângerarea va fi sub control, că nu se vor produce infecții, iar organele nu vor fi lezate. Nu știa, desigur. Și totuși, tăia.

Mai târziu, tot pe vremea studenției, mi s-a permis să fac eu însumi o incizie. Chirurgul a trasat cu un marker, pe abdomenul unui pacient anesteziat, o linie punctată cu o lungime de vreo 15 cm, după care, spre surprinderea mea, a rugat-o pe asistentă să-mi dea bisturiul. Mi-aduc aminte că încă nu se răcise complet după sterilizarea în autoclav. Chirurgul m-a pus să țin pielea întinsă între degetul mare și arătătorul mâinii libere. Mi-a zis să fac o singură incizie fină în adâncime, prin stratul de grăsime. Apropii lama bisturiului de piele și tai. Era o experiență ciudată și subjugantă, care îmbina bucuria degajată de violența calculată a actului operator cu dorința arzătoare de a-l efectua corect și cu încrederea justificată într-un posibil efect benefic pentru persoana în cauză. Mai era și acea ușoară senzație de năuceală pe care am avut-o când mi-am dat seama că era necesară și o forță nebănuită de mine până atunci. (Pielea este groasă și elastică, iar la prima mea încercare nu am incizat suficient de adânc; am fost nevoit să tai de două ori ca să pătrund în ea.) Acel moment a fost decisiv pentru mine, alimentându-mi puternic dorința de a deveni chirurg – nu un amator căruia i se dă ocazional bisturiul, ci o persoană sigură pe sine, care

efectuează o procedură ca și când ar fi o activitate de rutină.

Oricum, un medic aflat la începutul perioadei de rezidențiat nu are defel aerul că stăpânește bine profesia – este doar dominat de instinctul, încă puternic, de a refuza să efectueze unele proceduri, precum înfigerea unui bisturiu în pielea cuiva sau a unui ac în pieptul unei persoane. În prima mea zi de rezidențiat în secția de chirurgie am fost desemnat să lucrez la camera de gardă. Printre cei dintâi pacienți ai mei s-a numărat și o tânără femeie cu părul negru, spre treizeci de ani, care intrase șchiopătând și scrâșnind din dinți, având înfipt, în partea inferioară a piciorului, un picior de scaun lung de circa 80 de centimetri. A explicat că îi alunecase piciorul de sub un scaun de bucătărie pe care încercase să se așeze și că, sărind de pe el ca să nu cadă, și-a proptit, din neatenție, cu toată greutatea, piciorul gol într-un șurub de circa 7 cm care ieșise în afară. Am încercat din răsputeri să am aerul cuiva care nu-și luase diploma de medic cu numai o săptămână în urmă. Eram hotărât să mă port degajat, blazat, ca un doctor care a mai văzut de o sută de ori așa ceva. I-am examinat piciorul și am constatat că șurubul era implantat în os, la baza degetului mare. Nu existau semne de hemoragie și, cel puțin din ceea ce am apreciat prin palpare, nici de fractură.

„Uau, cred că doare”, am exclamat prostește.

Era evident că trebuia să-i administrez un vaccin antitetanos și să-i extrag șurubul. Am solicitat să mi se aducă vaccinul, însă am început să mă îndoiesc că era oportună extragerea șurubului. Dacă sângera? Sau, poate, riscam să-i fracturez piciorul? Ori altceva, și mai rău? Mi-am cerut scuze că eram nevoit să ies și l-am căutat pe dr. W., medicul chirurg de gardă. L-am găsit ocupându-se de victima unui accident de mașină. Pacientul era într-o stare foarte gravă. Lumea țipa. Podeaua era plină de sânge. Nu era cel mai bun moment pentru întrebări.

Am solicitat efectuarea unei radiografii. M-am gândit că mă va ajuta să câștig timp și să-mi verific impresia de novice în ceea ce privea improbabilitatea unei fracturi. Sunt aproape sigur că a durat aproape o oră până când am obținut rezultatul, ce nu evidenția nicio fractură – era vizualizat doar un banal șurub încarnat, a spus

radiologul, „în vârful primului metatarsian”. I-am arătat pacientei radiografia. „Vedeți, șurubul este implantat în vârful primului metatarsian”, i-am zis. Și ce plan aveți? a vrut să afle. A, da, ce plan am.

Am pornit din nou să-l caut pe dr. W. Se ocupa în continuare de persoana accidentată, dar am reușit să-l întrerup ca să-i arăt radiografia. A chicotit când a văzut-o și m-a întrebat ce aveam de gând să fac. „Să extrag șurubul?” am întrebat, într-o doară. „Daa”, a răspuns, pe un ton ironic, la întrebarea mea, retorică pentru el. S-a asigurat că îi administrasem un vaccin antitetanos și mi-a făcut semn să-mi iau tălpășița.

Odată întors în camera de gardă, i-am spus pacientei că urma să-i extrag șurubul, fiind pregătit sufletește să aud din partea ei ceva de genul „Dumneavoastră?” A zis, în schimb, „OK, doctore”, așa că venise vremea să mă apuc de treabă. Mai întâi, am așezat-o pe masa de consultație, lăsându-i piciorul să atârne într-o parte. Dar se pare că nu luasem cea mai fericită decizie. Până la urmă, i-am mutat corpul mai jos, altfel încât piciorul afectat să-i rămână atârnat, spre capătul mesei. Cu fiecare mișcare, durerea femeii devenea tot mai intensă. I-am injectat un anestezic la locul de intrare, ceea ce a mai ameliorat puțin situația I-am înșfăcat piciorul cu o mână, Iar cu cealaltă am apucat lemnul. Am încremenit pentru o clipă. Oare chiar eram în stare să fac asta? Oare chiar e bine să procedez așa? Cine eram eu ca să-mi asum o asemenea decizie?

În final, pur și simplu m-am mobilizat să trec la acțiune. I-am zis să numere până la trei și-am tras, la început mai cu blândețe și-apoi, după un efort de voință, cu putere. Pacienta a scos un geamăt. Șurubul nu se clintea din loc. Am răsucit și a ieșit brusc. Nu s-a produs nicio sângerare. Am spălat plaga conform instrucțiunilor din îndrumarul pentru tratamentul leziunilor prin înțepare. Pacienta a văzut că, în ciuda durerii de la picior, putea să meargă. Am avertizat-o cu privire la riscul producerii unei infecții și la semnele pe care trebuia să le aibă în vedere. Recunoștința ei a fost copleșitoare și măgulitoare, exact ca în cazul leului din fabula lui Esop față de șoarecele care i-a salvat viața, iar în acea noapte am plecat spre casă într-o stare de euforie.

În chirurgie, ca și în orice altă sfera de activitate, competența și încrederea se deprind pe baza propriei experiențe – rod al unui lung șir de ezitări și umilințe. Aidoma jucătorului de tenis, a oboistului ori a specialistului în asamblarea de calculatoare, practica este foarte importantă pentru profesia noastră. Cu o singură diferență însă: în medicină, subiectul practicii îl reprezintă oamenii.

Cea de-a doua încercare a mea de a monta un cateter central n-a fost deloc mai reușită decât prima. Pacienta se afla în secția de îngrijire intensivă, era muribundă, conectată la ventilator și avea nevoie de cateter venos central pentru administrarea medicației cardiace puternice direct la nivelul inimii. Era și intens sedată, ceea ce mă mai liniștea. Nu-și va da seama cât de lipsit de experiență eram.

De data asta, mă pregătisem mai bine. Fixasem la locul potrivit prosopul rulat și așezasem pe tavă seringile pentru heparină. I-am verificat rezultatele analizelor, care erau normale. De asemenea, am pus un câmp steril mai mare, ca să mă asigur că, în cazul în care mi s-ar fi întâmplat din nou să scap, din greșeală, cateterul-ghid, acesta nu va atinge ceva nesteril.

Cu toate acestea, procedura fost un eșec total. Am introdus acul mai întâi prea superficial, iar apoi prea în profunzime. Datorită atâtor încercări nereușite, m-a copleșit un sentiment de frustrare; schimbam mereu unghiul de intrare, dar în zadar. După care, într-o fracțiune de secundă, am observat în seringă un licăr de sânge, semn că pătrunsesem în venă. Cu o mână am fixat acul în poziția respectivă, iar cu cealaltă am început să trag seringa afară. Dar seringa era prea bine fixată de ac, așa încât, când am vrut s-o detașez, am dislocat și acul din venă. S-a declanșat o hemoragie în interiorul peretelui toracic. Am aplicat presiune, timp de mai bine de cinci minute, cât am putut de ferm, dar zona afectată continua să aibă o colorație vineție. Prezența hematomului făcea imposibilă folosirea acelui loc de inserție. Voiam să renunț. Pacienta avea nevoie însă de un cateter venos central, iar rezidentul care mă supraveghea – de data aceasta, era un doctor din anul al doilea de rezidențiat – era ferm convins că voi reuși. După ce ni s-a confirmat,

printr-o radiografie, că nu-i lezasem plămânul, m-a pus să fac o nouă încercare, de data aceasta pe partea opusă și utilizând un kit nou. Am ratat iarăși, așa că, înainte de-a transforma pacienta într-o pernă de ace, a preluat el efectuarea procedurii. Nici rezidentul n-a localizat vena decât după mai multe minute și două sau trei tatonări, ceea ce m-a mai încurajat puțin. Poate că era un caz neobișnuit de dificil.

Cu toate acestea, după ce, câteva zile mai târziu, am avut un nou eșec cu un al treilea bolnav, mi-am pierdut aproape definitiv încrederea. Aceleași tentative repetate de-a introduce acul, toate fără niciun rezultat. M-am dat la o parte. Rezidentul sub supravegherea căruia eram a reușit din prima încercare.

Percepuți ca un grup de specialiști, chirurgii sunt, cu toții, adepții unui soi curios de egalitarism. Ei cred în experiența practică, nu în talent. Oamenii își închipuie că trebuie să ai mâini extraordinare ca să devii chirurg, ceea ce nu-i deloc adevărat Când am susținut interviul pentru admiterea în programele de chirurgie, nimeni nu m-a pus să cos sau să dau vreun text de dexteritate și nici n-a verificat dacă am mâini ferme. Nici măcar nu e nevoie să ai toate cele zece degete ca să fii acceptat. Talentul conferă un plus de siguranță. Profesorii spun că, în cadrul unui program, la fiecare doi sau trei ani o dată apare cineva realmente dotat – cineva capabil să deprindă neobișnuit de rapid dexteritatea atât de complexă a unui specialist, să perceapă întregul câmp operator ca pe un întreg sau să anticipeze riscurile, evitând apariția complicațiilor. Cu toate acestea, chirurgii angrenați în formarea viitorilor specialiști afirmă că pentru ei contează cel mai mult să-i descopere pe cei care sunt suficient de conștiincioși, de sârguincioși și de „netoți” încât să îndure practicarea, la nesfârșit, zi și noapte, a unei meserii atât de dificile. După cum mi-a spus un profesor de chirurgie, dacă ar avea de făcut o alegere între un doctor în științe care s-a implicat asiduu în donarea unei gene și un sculptor talentat, ar opta, de fiecare dată, pentru cel dintâi. Bineînțeles, mi-a zis el, ar fi convins că sculptorul este înzestrat, din punct de vedere fizic, cu mai mult talent, dar ar fi la fel de sigur că doctorul este mai puțin „excentric”. Și, în fond, asta contează mai mult. Chirurgii consideră că îndemânarea poate fi

deprinsă, dar tenacitatea, nu. Este un criteriu de recrutare cam ciudat, dar el se aplică pentru fiecare verigă a ierarhiei profesionale, până la departamentele chirurgicale de la cel mai înalt nivel. Sunt luați medici fără experiență în chirurgie, a căror pregătire durează ani în șir și care-și modelează aptitudinile, cu precădere, învățând tot de la specialiști formați după aceleași criterii interne.

Iar sistemul funcționează. Au fost realizate, până în prezent, numeroase studii privitoare la performanțele elitelor - violoniști de talie internațională, mari maeștri de șah, patinatori profesioniști, matematicieni și așa mai departe – și, conform evaluărilor făcute de cercetători, cea mai semnificativă diferență între statutul lor și cel al profesioniștilor mai puțin merituoși constă în cuantumul de experiență practică pe care au acumulat-o prin propria lor voință. Într-adevăr, poate că talentul cel mai mare îl reprezintă chiar talentul pentru practică. K. Anders Ericsson, specialist în psihologia cognitivă și expert în domeniul performanței, arată că influența cea mai pregnantă a factorilor ereditari rezidă, probabil, în angrenarea *propriei voințe* într-un proces susținut de pregătire. El a constatat, de pildă, că între marii artiști și cei obișnuiți nu există diferențe în ceea ce privește plăcerea de-a exersa. (Așa se explică, de pildă, de ce atleții și muzicienii nu mai exersează după ce ies la pensie.) Într-o măsură mai mare decât alții însă, ei au dorința de-a avea în continuare aceleași preocupări.

Cât despre mine, nu eram prea sigur că voiam să continui. La ce bun, mă-ntrebam, să tot montez catetere centrale, când procedura respectivă nu-mi reușea niciodată mai bine? Poate că, dacă mi-ar fi fost foarte limpede ce anume greșeam, aș fi știut asupra cărui aspect să mă concentrez. Dar nu-mi era clar. Evident, fiecare avea de făcut câte o sugestie. Acul trebuie introdus cu secțiunea oblică de la vârf în sus. Ba nu, cu secțiunea în jos. Se exercită presiune astfel încât acul să se curbeze puțin. Ba nu, nu trebuie curbat. Am încercat, o vreme, să evit efectuarea respectivei intervenții. Destul de curând însă s-a ivit un nou caz.

Împrejurările erau cât se poate de nefavorabile. Ziua de lucru începuse de mult, iar eu stătusem treaz toată noaptea precedentă.

Pacientul suferea de obezitate, având o greutate corporală de circa 136 de kilograme. Nu suporta să stea întins la orizontală, fiindu-i greu să respire, datorită greutății toracelui și a abdomenului. Cu toate acestea, era absolut necesară montarea unui cateter central. Avea o plagă infectată sever și avea nevoie de tratament intravenos cu antibiotice, dar nimeni nu putea să-i găsească venele de la nivelul brațului pentru inserarea unui cateter intravenos periferic. Nu prea credeam că voi reuși. Însă un rezident execută ceea ce i se spune să facă, iar eu fusesem solicitat să încerc montarea cateterului.

Am intrat în salonul pacientului. Avea un aer speriat și mi-a zis că nu-și închipuia că va fi nevoit să rămână întins pe spate mai mult de un minut. Dar a afirmat că înțelegea situația și că era dispus să facă tot efortul de care era în stare. Am convenit să fie lăsat să stea sprijinit în șezut până când situația ar fi impus o schimbare a poziției, urmând să vedem, apoi, ce puteam face.

Mi-am început pregătirile: am verificat analizele de laborator, am scos kitul, am fixat prosopul rulat între omoplați și așa mai departe. I-am curățat pieptul și i l-am acoperit cu câmp steril în timp ce se afla tot cu spatele sprijinit de tăblia patului. De data asta eram asistat de S., șefa departamentului de rezidenți, care, după ce am terminat cu pregătirile, a împins patul la orizontală și i-a fixat pacientului o mască de oxigen pe față. Pielea i s-a revărsat peste partea superioară a toracelui într-o mișcare ondulatorie, ca un val. Nu-i puteam găsi clavicula cu vârfurile degetelor, ca să delimitez corect punctul de intrare. Iar fața i se și congestionase, fiind deja pe punctul de-a nu mai putea respira. M-am uitat spre S., întrebând-o din priviri dacă voia să continue ea. Mi-a făcut semn să merg mai departe. Am stabilit foarte vag punctul de inserție, am aplicat local lidocaină și am împins acul cel mare. Pentru o clipă am crezut că nu e suficient de lung pentru a ajunge la țintă, dar în secunda următoare am simțit cum vârful acului alunecă sub claviculă. Am mai împins puțin și am tras pistonul seringii. Părea de necrezut: era plină cu sânge. *Ajunsesem* în venă. Am fost foarte atent ca, pe toată durata operațiunii de detașare a seringii și introducere a cateterului-ghid, acul să fie fixat ferm în locul respectiv și să nu se clintească nici măcar cu un milimetru. Cateterul era poziționat foarte bine.

Pacientul aproape că nu mai avea aer. L-am ridicat și l-am lăsat puțin să-și revină. Apoi am mai făcut o manevră de coborâre a patului la orizontală, ca să execut o dilatare a orificiului de intrare și să inserez cateterul central. „Te-ai descurcat”, a fost tot ce mi-a spus S., înainte de-a pleca.

Nici acum nu înțeleg ce anume făcusem în acea zi altfel decât până atunci. Cert este că, din acel moment, toate intervențiile mele de montare a unui cateter își atingeau ținta, într-un astfel de context, practica devine o plăcere. Zile la rând nu reușești decât să ai o percepție fragmentată asupra activității pe care o ai de îndeplinit. Și vine vremea când vezi totul ca pe un întreg. Învățarea conștientă se transformă, pe nesimțite, în noțiuni de a căror existență nici nu-ți mai dai seama.

La ora actuală am ajuns să montez peste o sută de catetere venoase centrale. Ceea ce nu înseamnă că nu mai fac deloc greșeli. Sigur, am avut destul parte de ceea ce prefer să consider drept „evenimente potrivnice”. De pildă, am lezat plămânul unui pacient – nici mai mult, nici mai puțin decât plămânul drept al unui chirurg dintr-un alt spital – și, după toate probabilitățile, asemenea situații vor mai apărea. Mi se întâmplă și în prezent să întâlnesc, uneori, acel tip de caz „ușor” în care, orice-aș face, apar tot soiul de probleme. (Iată cum obișnuim să caracterizăm astfel de situații – Un coleg întreabă: „Cum a mers?” Iar eu răspund: „A fost un dezastru.” Orice alt comentariu e de prisos.)

Există însă și cealaltă categorie de situații, când totul decurge perfect. Nu te gândești. Nu te concentrezi. Absolut orice îți reușește fără nici cel mai mic efort. Iei acul. Efectuezi puncția în torace. Simți traseul acului – mișcarea lină, aproape imperceptibilă, prin stratul de grăsime, o ușoară rezistență în densitatea mușchiului, urmată de lipsa de rezistență după depășirea peretelui venos – și ajungi la destinație. În astfel de momente, e mai mult decât ușor; e frumos.

Pregătirea în domeniul chirurgiei este un proces perpetuu, cu mize din ce în ce mai dificile, cu riscuri tot mai mari – la început stângăcie și nesiguranță, apoi activități disparate, care converg spre

cunoaștere și, uneori, spre momente de mare precizie și rafinament. La început, deprinzi noțiunile practice de bază: cum să-ți pui mănușile și boneta, cum să aplici pacienților câmpul steril, cum să manipulezi bisturiul, cum să realizezi un nod chirurgical (nemaipunând la socoteală cum să dai indicații, să utilizezi computerul, să comanzi medicația). Dar urmează sarcinile mai solicitante: cum să faci o incizie la nivelul pielii, să mânuiești electrocauterul, să deschizi cavitatea toracică, să ligaturezi un vas care sângerează, să excizezi o tumoră, să închizi o plagă – să efectuezi o lumpectomie[{3}]. În decurs de șase luni mă ocupasem de montarea cateterelor, de apendicecomii, de grefe de piele, de corectarea chirurgicală a herniilor și de mastectomii. După un an, făceam amputări de membre, biopsii de noduli limfatici și hemoroidectomii. După doi ani, efectuam traheotomii, unele intervenții chirurgicale la nivelul intestinului subțire și operații laparoscopice de colecist.

Sunt în cel de-al șaptelea an de pregătire. Abia acum a ajuns să mi se pară că o banală incizie tegumentară e un fleac, e doar un caz la debut. Este în continuare dificil când acționez în interiorul corpului. La ora actuală încerc să învăț cum să abordez anevrismele aortice abdominale, cum să efectuez rezecția tumorilor canceroase pancreatice, să degajez arterele carotide blocate. Am constatat că nu sunt nici înzestrat, nici neîndemânatic. Practică și iar practică – asta e deviza care mă ajută să capăt deprinderile necesare.

În medicină, ne vine greu să discutăm toate aceste aspecte cu pacienții. Purtăm mereu povara morală a faptului că ne acumulăm experiența profesională din lucrul direct pe material uman, dar de cele mai multe ori preferăm să nu vorbim despre asta. Înaintea fiecărei operații, echipat pentru intervenție, trec prin salonul preoperator și mă prezint pacientului. Procedez mereu la fel. „Bună ziua, sunt doctorul Gawande. Sunt rezident în cadrul secției de chirurgie și voi participa la operație împreună cu medicul dumneavoastră.” Cam asta-i tot ce spun pe tema respectivă. Îi întind mâna, arborând un aer zâmbitor, îl întreb dacă totul e în regulă până în acel moment. Tăifăsuim. Răspund la întrebări. Există și situații, foarte rare, când unii bolnavi se simt contrariați auzind

introducerea mea. „De operația mea n-o să se ocupe un rezident”, zic ei. Încerc să-i liniștesc. „Nu vă faceți griji. Eu asist doar.” Și continui: „Responsabilitatea asupra intervenției o are întotdeauna medicul chirurg.” Niciuna dintre afirmațiile mele nu e chiar o minciună. Medicul chirurg *are* responsabilitatea actului operator, iar un rezident o știe cel mai bine, cum ar putea să uite așa ceva? Iată, de pildă, operația de extirpare a unui cancer de colon, pe care am efectuat-o, recent, în cazul unei paciente în vârstă de 75 de ani. Medicul chirurg m-a ținut „în rezervă” încă de la început. Și tot el, nu eu, a fost cel care a decis unde să facă incizia, cum să izoleze tumora, cât de lung să fie segmentul din intestinul gros ce trebuia înlăturat.

Cu toate acestea, dacă aș afirma că n-am făcut altceva decât să asist, ar însemna să apelez în continuare la un subterfugiu.

În definitiv, n-am fost doar o pereche de mâini de rezervă. Altminteri, de ce-aș fi ținut bisturiul? De ce-aș fi stat de aceeași parte a mesei de operație cu medicul care efectua intervenția? De ce-aș fi fost ridicat la o înălțime de peste 1,80 metri? Mă aflam acolo ca să dau o mână de ajutor, într-adevăr, dar și ca să exersez. Că așa era a devenit evident atunci când a sosit momentul reconectării colonului. Există două modalități de îmbinare (sutură) a celor două capete – prin coasere manuală (cu fir de sutură) sau prin aplicarea unor copci. Cea de-a doua procedură este mai rapidă, mai sigură și mai ușoară, însă chirurgul mi-a sugerat să aleg prima variantă – nu fiindcă era în beneficiul pacientei, ci pentru că o executasem doar de foarte puține ori până atunci. Când este efectuată corect, rezultatele sunt asemănătoare, dar trebuia să mă supravegheze ca un șoim. Mișcările mele erau lente și ezitante. La un moment dat, m-a surprins făcând suturile prea rare și m-a pus să reiau procedura, lăsând spații mai mici între o puncție și alta, ca să nu se desfacă sutura. Altădată, a constatat că introduceam acul prea superficial la nivelul țesutului, ceea ce împiedica asigurarea unei suturi ferme. „Îndoaie mai mult încheietura mâinii”, mi-a spus, „Așa?” l-am întrebat. „Hm, cam așa ceva”, a zis. Învățam.

În medicină ne confruntăm de multă vreme cu un conflict între imperativul de-a le furniza pacienților cea mai bună îngrijire

posibilă și necesitatea de-a le oferi novicilor experiența de care au nevoie. Stagiile de rezidențiat încearcă să atenueze eventualele neplăceri prin supraveghere și acordarea gradată a responsabilității. Și există motive ce susțin faptul că instruirea generează beneficii pentru pacienți. În general, studiile arată că spitalele universitare obțin rezultate mai bune decât cele fără un asemenea profil. Poate că rezidenții nu au experiență, dar nu e deloc de neglijat faptul că sunt prezenți în preajma pacienților, controlându-le starea de sănătate, că pun întrebări, că-și continua pregătirea începută în facultate. Nu pot fi evitate însă acele câteva momente de ezitări prin care trece orice medic tânăr care încearcă să monteze un cateter central, să extirpe un cancer mamar sau să sutureze doua segmente de colon. Indiferent câte măsuri de precauție s-ar lua, asemenea cazuri decurg, în medie, mai puțin bine când sunt abordate de un novice decât când sunt preluate de un doctor cu experiență.

Nu ne facem iluzii în legătură cu acest subiect. Când un medic specialist își aduce pe cineva din familie care urmează să fie supus unei intervenții chirurgicale, colegii din spital se gândesc foarte serios la gradul de implicare a doctorilor aflați în stagii de pregătire. Chiar și atunci când medicul respectiv insistă ca tinerii lui confiați să participe la operație ca de obicei, rezidentul căruia i s-a îngăduit să asiste știe că intervenția aceea nu va fi, nici pe departe, un studiu de caz. Iar dacă este prevăzută montarea unui cateter venos central, evident că procedura nu va fi efectuată de un începător. În schimb, serviciile de gardă și clinicile în care rezidenții poartă cea mai mare responsabilitate au ca pacienți oamenii săraci, persoanele fără asigurare de sănătate, alcoolicii și suferinzii de demență. În zilele noastre, rezidenții operează rareori independent, fără a fi supravegheați de medicii formatori, dar când avem asemenea ocazii – impuse de momentul finalizării stagiului de pregătire, ce ne deschide perspectiva chirurgiei „pe cont propriu” – ne exersăm deprinderile, de regulă, operând astfel de pacienți, care aparțin celor mai defavorizate pături ale societății.

Acesta este adevărul, stânjenitor, în problema instruirii. Prin tradiție, etica și opinia publică (nemaivorbind de sentințele judecătorești) susțin faptul că dreptul pacientului la cea mai bună

îngrijire posibilă trebuie să fie considerat mai important decât obiectivul de a forma competențe. Vrem să avem perfecțiune fără practică. Însă toată lumea are de suferit dacă nimeni nu e pregătit pentru viitor. Așa că procesul de învățare stă ascuns în spatele câmpurilor sterile, al anesteziilor și al unui limbaj eliptic. Iar problema nu-i vizează doar pe rezidenți ori pe medicii în formare. De fapt, procesul de învățare se dovedește a fi cu mult mai îndelungat decât se crede îndeobște.

Am crescut, împreună cu sora mea, în Athens, un orășel din statul Ohio, unde lucrează și părinții noștri – sunt amândoi medici. Cu mult timp în urmă, mama a optat pentru pediatrie și a decis să lucreze cu program redus, doar trei zile pe săptămână; și a reușit, deoarece cabinetul de urologie al tatei era tot mai asaltat de pacienți și devenise o afacere de succes. Simt deja peste douăzeci și cinci de ani de când oferă consultații, fapt atestat cu prisosință de aspectul biroului său: un perete înțesat de dosare ale pacienților, peste tot cadouri primite de la diverse persoane (cărți, tablouri, casete încrustate, precum și o figurină întruchipând un băiat care face pipi când îi tragi în jos pantalonii). Într-o cutie de plastic, din spatele biroului de stejar, sunt câteva duzini din miile de calculi renali pe care i-a extras de la pacienții respectivi.

Abia acum, când mă apropii de finalul perioadei de pregătire, am început să mă gândesc serios la succesul tatălui meu. Pe tot parcursul acestei etape din activitatea mea de viitor medic specialist am perceput chirurgia, mai mult sau mai puțin, ca pe un corp fix de noțiuni și deprinderi ce pot fi acumulate în timpul procesului de instruire și desăvârșite, ulterior, în practică. Era, în viziunea mea, un cumul de experiență și îndemânare, de forma unei curbe ascendente, fără asperități, dobândit prin îndeplinirea câtorva sarcini foarte exact configurate (în ceea ce mă privea, era vorba de eliminarea calculilor biliari, a cancerelor de colon, a gloanțelor și a apendicelor, iar în cazul tatălui meu, de eliminarea pietrelor la rinichi, a neoplasmelor testiculare și a adenoamelor de prostată). Credeam că acea curbă urma să atingă un maxim, timp de, hai să zicem, zece-cincisprezece ani, să aibă apoi, vreme îndelungată, o

porțiune liniară (un platou) și să-și mai prelungească puțin traiectoria cu cinci ani înainte de vârsta pensionării. Realitatea este însă mult mai complicată. Ajungi să fii expert în anumite privințe, îmi spune tata, dar, mult mai curând decât ai crede, afli că nivelul tău de cunoaștere este depășit. Apar tehnologii și proceduri noi, care le înlocuiesc pe cele vechi, și te pui iarăși pe învățat. „În timpul rezidențiatului n-am deprins decât un sfert din ceea ce știu astăzi", îmi zice tatăl meu. Pe cont propriu, la o distanță de 90 de kilometri de cel mai apropiat colegiu – lăsând în urmă un doctor care nu avea altceva să-i spună decât „Trebuie să-ți îndoi mai mult încheietura mâinii când faci asta" – a fost nevoit să învețe cum să monteze proteze peniene, să practice tehnici de microchirurgie, să realizeze reversibilizarea vasectomiei, să efectueze prostatectomii cu conservarea plexurilor nervoase periprostatice{4}, ori implanturi de sfinctere urmare artificiale. A învățat să utilizeze aparatura pentru litotripsie cu unde de șoc extracorporale{5}, cu unde electrohidraulice sau cu laser (întreaga gamă de dispozitive pentru spargerea pietrelor la rinichi); să manipuleze stenturile ureterale Double J, pe cele Silicone Figure Four Coil și Retro-Inject Multi-Length (nici nu vă gândiți să întrebați cum e); să lucreze cu un uretroscop cu fibre optice. Toate aceste tehnologii și tehnici au fost introduse în practică încă de când își încheiase perioada de pregătire. Unele dintre proceduri se bazau pe principii cunoscute. Multe altele însă, nu.

De fapt, așa se acumulează experiență în chirurgie. În medicină apar permanent inovații, iar chirurgii nu au altă soluție decât să încerce să le transpună în practică. Eșecul adoptării unor noi tehnici de lucru nu înseamnă altceva decât privarea pacienților de beneficiile progresului științei medicale. Cu toate acestea, nu pot fi evitate riscurile implicate de dinamica procesului de învățare – în perioada de rezidențiat și, cu atât mai mult, în activitatea practică.

Pentru chirurgii practicieni, sistemul de organizare a instruirii oferă mult mai puține oportunități – nici nu are cum să fie altfel – decât în cazul rezidenților. Când apare un nou tip de aparatură sau de tehnică operatorie, așa cum se întâmplă an de an, chirurgii efectuează mai întâi un curs pregătitor, cu durata de o zi sau două –

de regulă, se audiază prelegeri susținute de somități în domeniu, la sfârșitul cărora participanților li se dau materiale sub formă de înregistrări video și de broșuri cu instrucțiuni detaliate de utilizare. Ne luăm acasă materialul video, să-l studiem. Poate îi facem o vizită unui coleg, ca să vedem, concret, cum decurge noua intervenție – așa procedează și tatăl meu, care merge deseori, pentru schimb de experiență, în Ohio sau la Clinica Cleveland. Nu prea există însă posibilități de instruire practică. Spre deosebire de un rezident, un vizitator nu se poate ocupa direct de cazurile pe care le vede, iar ocaziile de a practica pe animale sau pe cadavre sunt puține și sporadice. (La ora actuală, Marea Britanie – doar e Marea Britanie! — le interzice chirurgilor să lucreze pe animale.) Când a apărut laserul cu spot luminos galben, producătorul a înființat, în Columbus, Ohio, un laborator destinat specializării urologilor locali. A fost și tatăl meu, însă principala aplicație a noii tehnologii a constat în distrugerea calculilor renali în eprubete pline cu un lichid ce mima urina și într-un experiment de penetrare a cojii unui ou fără atingerea membranei interioare. Departamentul de chirurgie al clinicii unde lucrez a achiziționat recent un dispozitiv de chirurgie robotică – un robot sofisticat, în valoare de 980 000 de dolari, dotat cu trei brațe, doua încheieturi de braț și o cameră video, toate având un diametru de câțiva milimetri, care, prin control automat, de la un pupitru de comandă, îi permite chirurgului să realizeze aproape orice tip de operație, cu precizie maximă și cu incizii extrem de fine. O echipă formată din doi chirurgi și două asistente medicale a luat avionul până la San Jose, la sediul central al producătorului, pentru a se familiariza cu noua aparatură, în cursul unui instructaj de o zi. Și au lucrat, efectiv, pe un porc și pe un cadavru uman. (Compania achiziționează cadavre din San Francisco.) Dar chiar și o asemenea experiență, ce a presupus un cuantum de pregătire practică incomparabil mai generos decât cel de care se poate beneficia în general, nu întrunește, nici pe departe, rigorile unei instruiri temeinice. Și-au însușit doar acel minim de cunoștințe necesare înțelegerii principiilor de funcționare ale robotului și familiarizării cu modul de operare ori cu planificarea unei intervenții chirurgicale. Cam asta a fost tot. Mai devreme sau mai târziu, tot trebuie să te

întorci acasă și să aplici ce-ai învățat.

Aplicarea noii tehnologii le aduce pacienților beneficii – adesea, extraordinar de mari – care însă uneori nu sunt vizibile de la bun început, ba chiar, în unele cazuri, se pot produce prejudicii. Un exemplu în acest sens – relatat pe larg într-un număr din primăvara anului 2000 al publicației *British Medical Journal* – îl reprezintă experiența unității de chirurgie pediatrică a renumitului Great Ormond Street Hospital din Londra. Medicii și-au prezentat rezultatele obținute pe o serie de trei sute douăzeci și cinci de copii mici afectați de o gravă anomalie cardiacă, operați – prin utilizarea procedurii cunoscute sub numele de transpoziție a marilor artere – de-a lungul unei perioade (cuprinsă între anii 1978 și 1998) în care chirurgii respectivi își schimbau abordarea terapeutică a malformației în speță, înlocuind tehnica de lucru utilizată până atunci cu una nouă. Copiii cu asemenea probleme congenitale prezintă o poziționare anormală{6} a vaselor ce părăsesc inima: aorta pornește din partea dreaptă a cordului în loc să pornească din partea stângă, iar artera pulmonară pornește din partea stângă, nu din cea dreaptă. Drept urmare, sângele care intră în inimă nu este direcționat mai întâi spre plămâni, unde poate fi oxigenat, ci este pompat imediat înapoi, către corp. În astfel de cazuri, supraviețuirea este imposibilă. Copiii care prezentau o atare malformație aveau o colorație albastră a pielii și o stare de epuizare fizică; ei au murit fără să știe ce înseamnă să respiri normal. Timp de foarte mulți ani, lipsa mijloacelor tehnice adecvate făcea imposibilă realizarea intervenției de repoziționare corectă a vaselor de sânge. Medicii efectuau, în schimb, așa-numita procedură Senning: ei creau un pasaj în interiorul cordului, pentru a permite transportarea sângelui din plămâni înapoi, spre inimă. Procedura Senning favoriza supraviețuirea copiilor până la vârsta adultă. În timp însă, partea dreaptă a inimii, care nu funcționează la parametri normali, nu mai are aceeași capacitate de susținere a întregului flux sangvin ca partea stângă. Până la urmă, pacienții respectivi făceau insuficiență cardiacă și, chiar dacă mulți dintre ei reușeau să ajungă la maturitate, doar puțini aveau șanse să trăiască până la o vârstă înaintată. Abordarea terapeutică s-a schimbat apoi, prin 1980, când

chirurgii din spitalul Great Ormond Street au prezentat un prim raport, vădit favorabil, asupra noii tehnici de lucru utilizate în cazul unor astfel de malformații. În cazul persoanelor supuse unei operații reușite de transpoziție, rata anuală a deceselor reprezenta doar mai puțin de o pătrime din cea înregistrată după aplicarea tehnicii Senning, iar speranța de viață era de șaizeci și trei de ani în loc de patruzeci și șapte.

Deprinderea noii proceduri s-a făcut însă cu un preț înfiorător. Primele șaptezeci de operații prin transpoziție s-au soldat cu o rată de deces datorat intervenției de *25%,* comparativ cu numai 6%, în cazul utilizării tehnicii Senning. (Au murit atunci optzeci de copii mici, un număr ce depășea, de peste două ori, totalul celor decedați de-a lungul întregii perioade în care era aplicată procedura Senning.) În timp, specialiștii au reușit să stăpânească bine noua tehnică terapeutică: următoarele o sută de cazuri abordate prin transpoziție au înregistrat doar cinci decese.

Ca pacienți, ne dorim atât experiență, cât și progres. Ceea ce nimeni nu e dispus să recunoască este faptul că aceste năzuințe sunt într-o evidentă contradicție. Așa cum se menționa în cadrul unui raport public din Marea Britanie, „Când este vorba de siguranța pacientului, n-ar trebui să se pună problema unui «prag al învățării».” Poți gândi așa numai dacă vrei să ignori realitatea.

Recent, un grup de cercetători de la Harvard Business School, care au pus bazele unei discipline de specialitate dedicate studiului curbei de învățare în industrie – mai exact, în domeniile fabricării semiconductorilor, construcției de avioane și altele asemenea –, a decis să realizeze o analiză similară și în sfera chirurgiei. În acest scop, au urmărit optsprezece specialiști în chirurgie cardiacă, împreună cu echipele lor de lucru, de-a lungul perioadei de introducere în practică a noii tehnici de chirurgie cardiacă minim invazivă. Am fost surprins să constat că studiul respectiv constituie o premieră în domeniu. Învățatul este o permanență în medicină, și totuși nimeni nu a evaluat vreodată variațiile de calitate ale acestui proces în rândul clinicienilor.

Noua tehnică operatorie la nivelul cordului – ce implică doar o

mică incizie intercostală, în loc să se efectueze acea deschidere mare a toracelui – s-a dovedit a fi cu mult mai dificilă decât cea convențională. Fiind prea mică, incizia nu permite inserarea tuburilor și a clemelor pentru redirecționarea fluxului sangvin către dispozitivul de bypass cardiac, chirurgii au fost nevoiți să-și însușească o metodă mai „isteață", ce presupunea montarea unor baloane și catetere prin vasele ce străbat canalul inghinal. A fost necesară deprinderea abilității de-a opera într-un spațiu mult mai restrâns. Asistenții medicali, anesteziștii și cei care efectuau perfuzii au început să aibă și alte responsabilități. Întregul personal avea noi însărcinări, noi instrumente de lucru, noi modalități de abordare și de soluționare a situațiilor în care puteau apărea probleme nedorite. Așa cum era de așteptat, s-a constatat că fiecare dintre cadrele medicale implicate avea un „prag de învățare" considerabil. În timp ce echipele specializate efectuează o asemenea operație în trei-șase ore, celor care abia deprindeau noua metodologie le-a fost necesar un interval de timp aproape triplu. Cercetătorii n-au putut să urmărească îndeaproape ratele de morbiditate, dar ar fi nerealist să credem că acestea nu au fost afectate.

Și mai interesant este faptul că autorii studiului au constatat existența unor discrepanțe frapante în ceea ce privește viteza însușirii noilor cunoștințe de către diversele echipe medicale. Toate beneficiaseră de același tip de stagiu de instruire de trei zile și erau formate în cadrul unor instituții respectabile, care aveau experiența adoptării inovațiilor. Cu toate acestea, în cursul unei serii de cincizeci de cazuri, unele echipe au reușit să-și înjumătățească timpul operator, pe când altele n-au făcut deloc progrese. S-a dovedit, așadar, că practica nu a fost condiția necesară și suficientă pentru obținerea unor rezultate perfecte. Iar atingerea performanțelor – după cum relevă observațiile cercetătorilor – a depins de *modul* în care s-au pregătit chirurgii și colectivele lor de lucru.

Richard Bohmer, singurul medic din componența echipei de cercetători de la Harvard, a vizitat mai multe spitale ca să observe particularitățile echipelor care învățau cel mai rapid și, respectiv, cel mai lent. A fost uimit de deosebirile sesizate. Chirurgul din

cadrul echipei celei mai „istețe” avea destul de puțină experiență comparativ cu cel din echipa cu performanțe mai slabe – utiliza de numai doi ani noua metodologie. Dar își alesese cu multă grijă colaboratorii, orientându-se doar spre cei cu care lucrase bine anterior și menținând spiritul de coeziune în timpul operării primelor cincisprezece cazuri, abia ulterior punându-și problema cooptării unor noi membri. La început, a efectuat o simulare de caz, după care a programat, în mod intenționat, încă din prima săptămână, șase intervenții, ca să nu existe riscul să se uite ceva între timp. Și-a convocat colegii atât înainte de fiecare caz, pentru a discuta toate detaliile, cât și ulterior, pentru a trece în revistă toate etapele. S-a asigurat că rezultatele au fost analizate riguros. Iar ca om, observa Bohmer, chirurgul respectiv nu era deloc întruchiparea lui Napoleon înarmat cu un bisturiu. I-a spus lui Bohmer, în modul cel mai spontan: „Ca să poată accepta contribuția celorlalți, chirurgul trebuie să-și dorească să fie un partener veritabil (al coechipierilor săi).” Poate că părea o afirmație clișeu; dar, repet, îi reușea orice. La celălalt spital, chirurgul își alesese echipa aproape la întâmplare și nu l-a preocupat problema coeziunii ei. În cursul primelor șapte cazuri abordate, componența ei se schimba de fiecare dată, ceea ce însemna că nici nu mai era justificată noțiunea de echipă. Iar chirurgul nu organiza ședințe de lucru pre- sau post-intervenție și nici nu urmărea evoluția rezultatelor obținute.

Studiul realizat de Harvard Business School a oferit noi elemente încurajatoare. Putem face lucruri care au un efect surprinzător asupra curbei învățării – de pildă, să privim cu mai multă responsabilitate modul în care ne implicăm în instruire și urmărim progresele obținute, indiferent dacă avem de-a face cu studenți și cu rezidenți ori cu chirurgi experimentați și cu asistenți medicali. Celelalte rezultate ale studiului nu sunt însă la fel de încurajatoare. Oricât ar fi fost de competenți, chirurgii care au încercat ceva nou au trăit experiența unor eșecuri înainte de-a avea succesul scontat, iar curba învățării s-a dovedit că avea o pantă mai alungită în raport cu timpul și că era influențată de o gamă de factori mult mai complexă decât și-ar fi imaginat cineva. Toate aceste date confirmă din plin faptul că pregătirea novicilor nu poate fi realizată fără

compromiterea îngrijirii pacienților.

Bănuiesc că așa se explică și atitudinea evazivă a doctorilor, exprimată cu volubilitate, în maniera „Eu asist doar” sau printr-un discurs de tipul „Dispunem de o nouă procedură, care corespunde perfect cazului dumneavoastră” ori prin afirmația „Este necesar să vă montez un cateter venos central”, din care lipsește partea „Eu sunt încă în perioada de însușire a tehnicii”. Uneori ne simțim, efectiv, obligați să recunoaștem că facem ceva pentru prima oară, însă chiar și-atunci avem tendința să citățm ratele de succes ale altora – de obicei, cele înregistrate de chirurgii experimentați. Le spunem vreodată pacienților că, fiind încă la început de drum într-un domeniu, riscurile lor vor fi, inevitabil, mai mari și că le va fi mai bine, probabil, dacă vor fi tratați de doctori cu mai multă experiență? Le spunem vreodată că oricum avem nevoie de acordul lor? N-am văzut pe nimeni procedând așa. Dată fiind miza situației în care se află un bolnav, ce om rezonabil ar accepta rolul de cobai?

Sunt mulți cei care contestă o asemenea atitudine. „Știi, majoritatea oamenilor înțeleg ce înseamnă să fii medic”, insista să-mi spună un expert în politici sanitare, cu ocazia vizitei pe care i-am făcut-o, recent, la birou. „Trebuie să încetăm să ne mai mințim pacienții. Pot oamenii să-și asume riscuri pentru binele societății?” A făcut o pauză și a răspuns singur la întrebare. „Da”, a rostit, sigur pe el.

Ar fi, cu certitudine, o soluție elegantă și fericită. Ne-am întreba întâi pacienții – sincer, deschis – și ei ar spune da. O situație greu de imaginat totuși. Am observat pe biroul expertului o poză a copilului său, care se născuse cu câteva luni în urmă, și mi-a încolțit în minte o întrebare tendențioasă. „Și l-ați lăsat pe rezident să se ocupe de naștere?” l-am întrebat.

A urmat un moment de tăcere. „Nu”, a recunoscut. „Nici măcar nu le permitem rezidenților accesul în sală.”

Unul dintre motivele care mă determină să mă îndoiesc că am putea susține un sistem de pregătire medicală dependent de acordul pacientului de-a experimenta o nouă procedură pe el este că eu însumi am spus nu. Într-o duminică dimineață, când împlinise

unsprezece zile, băiatul meu cel mare, Walker, a făcut brusc un episod de insuficiență cardiacă congestivă, a cărui cauză s-a dovedit a fi o severă anomalie a inimii. Poziția aortei era normală, dar un lung segment din ea nu se dezvoltase. Soția mea și cu mine eram îngroziți – rinichii și ficatul începuseră, de asemenea, să nu mai funcționeze –, dar băiatul a suportat bine operația, intervenția chirurgicală a fost un succes și, chiar dacă perioada de recuperare a avut și intermitențe, a putut fi externat după două săptămâni și jumătate.

Acasă însă n-am avut deloc clipe de răgaz. Avusese peste trei kilograme la naștere, dar acum, la vârsta de o lună, nu cântărea decât două kilograme și jumătate și trebuia să-l urmărim foarte strict ca să ne asigurăm că ia în greutate. Îi erau administrate două medicamente de utilizarea cărora organismul urma să fie dezobișnuit. Iar pe termen lung, ne-au avertizat medicii, intervenția respectivă nu va mai fi corespunzătoare. Pe măsura dezvoltării organismului, aorta lui Walker urma să necesite fie o abordare instrumentală, prin dilatare cu balon, fie un tratament chirurgical, de substituție integrală. Nu puteau preciza nici când anume se va impune așa ceva, nici de câte proceduri ar fi nevoie de-a lungul timpului. Decizia urma să fie luată de un cardiolog pediatru care urma să-i monitorizeze îndeaproape evoluția.

Înainte de externare încă nu ne hotărâserăm la ce cardiolog să apelăm. Pe perioada spitalizării, Walker a fost îngrijit de o echipă întreagă de cardiologi, în alcătuirea căreia intrau doctori cu diferite niveluri de pregătire, de la medici în formare la medici formatori, cu o experiență practică de câteva decenii. În preziua externării, unul dintre tinerii medici rezidenți s-a apropiat de mine și mi-a înmânat cartea de vizită, pe care notase data la care îmi sugera să-l aduc pe Walker la consult. Dintre toți colegii săi de echipă, el se ocupase cel mai mult de fiul meu. El era cel care îl examinase pe Walker când îl adusesem la spital, în acea inexplicabilă stare de insuficiență respiratorie, el stabilise diagnosticul, medicația care l-a stabilizat și coordonarea cu colegii de la chirurgie și tot el venise în fiecare zi să ne vadă, să ne ofere răspunsuri ori lămuriri. De altfel, știam că medicii rezidenți își tratează astfel pacienții. Cele mai multe familii

nu cunosc subtilitățile de ierarhizare a jucătorilor și, după ce viața copilului lor este salvată de către o echipă de doctori, acceptă orice ofertă pentru următoarea consultație.

Eu însă știam care sunt diferențele. „Îmi pare rău, dar ne-am propus să mergem la dr. Newburger", am spus. Era șefa secției de cardiologie, un nume de referință în rândul experților în sfera afecțiunilor de tipul celei de care suferea Walker. Tânărul doctor avea un aer abătut. I-am zis că nu aveam nimic împotriva lui. Doar că dr. Newburger avea mai multă experiență.

Mi-a spus: „Știți, mă asistă întotdeauna un medic cu experiență." Am dat din cap, aprobator.

Știam că nu era corect. Fiul meu avea o problemă deosebită. Medicul rezident trebuia să capete experiență. Eu eram rezident și ar fi fost normal să înțeleg cel mai bine situația. Dar n-am revenit asupra deciziei. Era vorba de *copilul meu.* Dacă aș avea mai multe opțiuni, aș alege mereu să-i ofer fiului meu cea mai bună îngrijire posibilă. Cine-ar putea proceda altfel?

Într-un fel, medicii n-au cum să evite o asemenea atitudine. Ca să înveți trebuie să „furi", în sensul de a-ți aroga dreptul de a dispune de corpul unui individ iară a cere consimțământul. Așa a și fost, în timpul spitalizării lui Walker – și, dacă mă gândesc mai bine, chiar în multe situații. De intubare s-a ocupat un rezident. Actul operator a fost efectuat de un chirurg practicant. Unul dintre cateterele venoase centrale a fost instalat de către medicul cardiolog. Niciunul dintre ei nu m-a întrebat dacă sunt de acord. Dacă mi s-ar fi oferit ocazia să-mi exprim o opțiune, cu siguranță aș fi ales pe cineva cu mai multă experiență. Dar n-am avut de-ales, pur și simplu pentru că așa funcționa sistemul – nu existau alternative. Ce altceva aș fi putut să fac?

Lipsa oricărei implicări afective îi conferă acestei mașinării nu doar avantajul că rezolvă problema instruirii. Când însușirea unor noi cunoștințe este necesară, dar generează și prejudicii, n-ar trebui avut în vedere decât un singur principiu: cel al echității. Când au posibilitatea să aleagă, oamenii se eschivează, nemaivorbind de faptul că nu toată lumea are acces egal la o aceeași gamă de opțiuni. Ele sunt doar privilegiul celor care au bagajul de cunoștințe necesar

sau care fac parte din sistem, și nu al celor care nu sunt informați ori care nu lucrează în sfera medicală, al copilului de doctor, nu și al șoferului de camion. Atâta cât dreptul de-a alege nu este universal, poate că ar fi mai bine să le fie strict interzis tuturor.

Este ora 14. Mă aflu în secția de terapie intensivă. O asistentă medicală îmi spune că, la domnul G, cateterul venos central s-a trombozat. Trecuse mai bine de-o lună de când domnul G era la noi în spital. Are aproape șaptezeci de ani, este din South Boston, e slăbit, epuizat și viața lui atârnă de un fir - mai precis, de un cateter venos central. Are, la nivelul intestinului subțire, mai multe cavități care nu au putut fi închise chirurgical, iar conținutul bilei se scurge pe suprafața pielii prin două orificii mici, roșietice, situate în peretele abdominal. Singura lui șansă este să fie hrănit pe cale intravenoasă și să aștepte vindecarea fistulelor. Are nevoie de un nou cateter venos central.

Bănuiesc că aș fi capabil să i-l montez. Acum eu sunt medicul cu experiență. Dar experiența implică și o responsabilitate suplimentară: este de așteptat ca eu să fiu acela care-i învăț pe alții cum să efectueze procedura. Vorba zicalei: „Vezi o dată, faci o dată, înveți o dată”… și nu-i decât pe jumătate o glumă.

De serviciu era o tânără doctoriță rezident. Nu montase până atunci decât unul sau două catetere venoase centrale. Îi spun despre domnul G. O întreb dacă are timp să se ocupe de inserarea unui nou cateter. Se preface că nu înțelege sensul întrebării mele. Zice că mai are de văzut câțiva pacienți și încă un caz de consultat ceva mai târziu. Aș putea să mă ocup eu? Îi răspund că nu. Nu-și poate ascunde o grimasă. Era supraaglomerată, așa cum eram și eu, și, poate, speriată, așa cum am fost și eu.

Începe să se concentreze când o determin să vorbească, în intervalul de timp dintre etapele procedurii – un fel de simulare de caz. Se descurcă aproape în toate etapele, dar uită două elemente cruciale: verificarea analizelor de laborator și nesuferita de alergie a domnului G la heparină, care intra în compoziția soluției de curățare a cateterului. Mă asigur că a reținut cele două aspecte, după care o rog să se pregătească și să mă anunțe prin pager când e gata.

Sunt încă într-o perioadă de adaptare în noul meu rol. E destul de dureros să-ți asumi responsabilitatea pentru propriile greșeli. Complet altceva este să fii într-o poziție de subordonare față de cineva. Mă gândesc că poate ar fi fost bine dacă aș fi desfăcut ambalajul unui kit și aș fi pus-o să facă o simulare. Sau poate că nu. Cred că fiecare kit trebuie să coste vreo două sute de dolari. O să mă interesez, ca să știu data viitoare.

După o jumătate de oră primesc apelul. Pacientul e protejat de câmpul steril. Doctorița rezident e echipată cu halat și mănuși. Îmi spune că are ser fiziologic pentru spălarea cateterului și că testele de laborator sunt bune.

„Ai pus prosopul rulat?” o întreb.

Uitase de el. Rulez un prosop și-l strecor între omoplații domnului G. Îl privesc în ochi și-l întreb dacă se simte bine. Dă din cap că da. Nu citesc teamă pe chipul lui. După tot ce a îndurat, nu poate fi decât resemnat.

Tânăra rezidentă alege punctul de inserție. Pacientul este extrem de slab. Văd fiecare coastă și mi-e teamă că-i va înțepa plămânul. Injectează anestezicul. Apoi introduce acul, iar unghiul pare să fie complet greșit. Îi spun să o ia de la început. Asta o face să fie și mai nesigură. Împinge și mai mult și-mi dau seama că nu va reuși. Trage pistonul seringii: nicio picătură de sânge. Scoate acul și încearcă din nou. Iar unghiul de intrare nu pare a fi bun nici acum. De data asta, domnul G simte împunsătura și tresaltă de durere. Îl țin de braț. Îi mai administrează anestezic. S-o supraveghez e tot ce pot să fac ca să nu fiu nevoit să preiau eu cazul. Dar îmi spun că nu poate învăța dacă nu face totul cu mâna ei. Mă hotărăsc s-o las să mai încerce încă o dată.

Computerul și fabrica de hernii

Într-o zi de vară a anului 1996, Hans Ohlin, șeful secției de terapie coronariană din cadrul Spitalului Universitar din Lund, Suedia, în vârstă de cincizeci de ani, se afla în cabinetul lui, unde avea pe birou o stivă de două mii două sute patruzeci de electrocardiograme. Fiecare rezultat al testului constă în înregistrarea grafică a unei serii de unde, dispuse de la stânga spre dreapta, pe lățimea unei coli de hârtie milimetrică. Ohlin le citea singur, în biroul lui, ca să nu fie deranjat. Le trecea în revistă rapid, dar atent, pe fiecare în parte, separându-le în două categorii, în funcție de aspectul care îi sugera că pacientul respectiv a avut sau nu un atac de cord surprins pe electrocardiogramă (EKG). Pentru a evita oboseala și neatenția, își doza această activitate, de-a lungul întregii săptămâni de lucra, în reprize de maximum două ore, cu pauze lungi între ele. Voia să evite erorile din neglijență; riscurile erau prea mari. Aceasta era versiunea lumii medicale a partidei de șah Deep Blue[7], iar Ohlin era Gary Kasparov al cardiologiei. Se confrunta direct cu un computer.

Electrocardiograma este unul dintre cele mai obișnuite teste diagnostice; numai în SUA se efectuează, anual, peste cincizeci de milioane de EKG-uri. Electrozii sunt montați la nivelul pielii pentru a prelua impulsurile electrice cu voltaj scăzut care, la fiecare bătaie a inimii, traversează mușchiul cardiac, iar impulsurile respective sunt evidențiate sub forma undelor înregistrate pe o reprezentare grafică a EKG-ului. Principiul ce guvernează acest test este următorul: în cazul unui atac de cord, moare o porțiune din mușchiul cardiac, ceea ce determină o schimbare de direcție a impulsurilor electrice ajunse în zona adiacentă țesutului inert. Ca urmare, se modifică și aspectul undelor de pe înregistrare. Uneori, modificările respective sunt evidente, dar, cel mai adesea, sunt abia perceptibile – sau, în limbaj medical, „nespecifice”.

La început, studenților la medicină li se pare că EKG-urile sunt mult prea complexe ca să le poată interpreta. În mod obișnuit, pentru efectuarea unui EKG se folosesc doisprezece electrozi, fiecare dintre ei inducând apariția unui aspect diferit pe înregistrarea grafică. Studenții sunt învățați să distingă însă, la nivelul acestor sinusoide, cel puțin o duzină de caracteristici, fiecare purtând un indicativ alfabetic: de pildă, începutul unei bătăi este marcat de o undă cu sens descendent (undă Q), nivelul maxim al contracției inimii, printr-o undă cu sens ascendent (undă R), unda descendentă consecutivă este desemnată prin litera S (undă S), iar unda rotunjită, vizibilă imediat după bătaia inimii, prin T (undă T). Uneori, micile modificări surprinse pe alocuri alimentează suspiciunea de infarct miocardic; alteori, nu. Pe vremea studenției, am învățat să interpretez electrocardiograma ca pe o formulă de calcul complexă. Colegii mei și cu mine aveam în permanență la noi, într-un buzunar al halatului de laborator, un carnețel cu file plastifiate care conținea o serie de instrucțiuni „misterioase”, cu privire la calcularea frecvenței cardiace și a axei electrice, la verificarea perturbărilor de ritm cardiac, a supradenivelărilor de segment ST de peste un milimetru în derivațiile V1-V4 și a apariției sporadice a undei R (semnificând un anume tip de infarct miocardic) etc.

Pe măsură ce acumulezi mai multă experiență practică, toate aceste informații devin mai accesibile, așa cum și montarea unui cateter venos se dovedește a fi din ce în ce mai ușoară. Principiul ce guvernează curba învățării se aplică nu doar la nivelul pregătirii tehnice, ci și la cel al activității de diagnosticare. Un cardiolog experimentat poate sesiza, uneori, dintr-o singură privire, existența unui infarct miocardic, la fel cum un copil mic poate recunoaște prezența mamei sale în camera. Testul în sine își păstrează însă, cu obstinație, opacitatea. Studiile au arătat că, din cei 2-8% dintre pacienții cu atacuri de cord consultați în departamentele de urgență, în cazul cărora se ia decizia greșită de a-i lăsa să părăsească spitalul, un sfert fie mor, fie suferă un stop cardiac. Chiar și în situațiile când astfel de bolnavi nu sunt trimiși acasă datorită unei erori de diagnostic, există riscul ca interpretarea greșită a electrocardiogramei să temporizeze instituirea tratamentului vital. E

foarte posibil ca judecata umană, fie ea și a unui expert în domeniu, să dea greș. Este destul de îndreptățită, așadar, rațiunea de-a învăța un calculator să interpreteze un EKG. Dacă s-ar dovedi, în acest sens, că nivelul de performanță al tehnicii computerizate îl depășește, fie și numai într-o mică măsură, pe cel al minții omului, s-ar ajunge la salvarea câtorva mii de vieți pe an.

Posibilitatea ca un computer să fie mai competitiv decât omul a fost sugerată, pentru întâia oara, în anul 1990, într-un articol cu un impact deosebit de puternic asupra publicului, semnat de William Baxt, pe vremea aceea medic la urgențe în cadrul Universității California din San Diego. Autorul arăta cum o „rețea neurală artificială" – un fel de arhitectură computerizată de procesare a informației – ar avea capacitatea de-a lua decizii clinice sofisticate. Asemenea sisteme specializate învață din experiență într-o manieră foarte asemănătoare oamenilor: prin înregistrarea efectelor exercitate de fiecare succes sau eșec, în scopul îmbunătățirii procesului de predicție. Într-un studiu mai recent, Baxt afirma că un computer ar putea cu ușurință să depășească performanțele unui grup de medici în ceea ce privește diagnosticarea infarctelor miocardice la pacienții cu durere toracică. Două treimi dintre doctorii urmăriți în cadrul respectivului studiu erau însă rezidenți fără experiență, în cazul cărora nu sunt deloc surprinzătoare dificultățile legate de interpretarea unui EKG. E posibil ca un computer să fie mai competent decât un specialist cu mulți ani de practică?

La această întrebare a încercat să răspundă studiul efectuat de un colectiv de cercetători suedezi, condus de Lars Edembrandt, coleg de breaslă cu Ohlin și expert în domeniul inteligenței artificiale. Edembrandt și-a perfecționat sistemul în decurs de patru ani, mai întâi în Scoția, iar ulterior în Suedia. Și-a alimentat calculatorul cu datele provenite de la zece mii de pacienți, „spunându-i" care dintre ele evidențiau un infarct miocardic și care nu, până când mașina a acumulat suficientă experiență ca să interpreteze până și cele mai echivoce EKG-uri. S-a dus apoi la Ohlin, unul dintre cei mai renumiți cardiologi din Suedia, care obișnuia să analizeze, anual, tot aproape zece mii de electrocardiograme. În vederea testării

performanțelor computerului, comparativ cu cele ale minții umane, Edembrandt a selectat, din fișele de spital, două mii două sute patruzeci de EKG-uri, dintre care pentru exact jumătate, adică o mie o sută douăzeci, exista confirmarea evidențierii unui atac de cord. Cu puțină vâlvă, rezultatele experimentului au fost publicate la sfârșitul anului 1997. Ohlin identificase corect șase sute douăzeci de EKG-uri, iar computerul, șapte sute treizeci și opt. Mașina a învins omul, cu o diferență de scor de 20%.

Medicina occidentală este dominată de un unic imperativ – să furnizeze servicii de îngrijire a sănătății la un nivel de performanță similar celui atins de computer. Încă din prima zi de pregătire medicală este limpede că erorile sunt inacceptabile. Este foarte important să acorzi timpul cuvenit consolidării relației medic-pacient, dar la fel de necesară este urmărirea atentă a fiecărei radiografii și prescrierea corectă a fiecărei doze de medicament. Nu e posibilă nici omiterea alergiilor sau a problemelor medicale anterioare, nici ratarea vreunui diagnostic. În sala de operație, nimic nu poate fi irosit – nicio mișcare, nicio fărâmă de timp, nicio picătură de sânge.

Factorii determinanți ai acestui fel de perfecțiune sunt rutina și repetiția: ratele de supraviețuire după chirurgia cardiacă și cea vasculară, ori după alte tipuri de operații, sunt corelate direct cu numărul de proceduri efectuate, în prealabil, de către medicii respectivi. Cu douăzeci și cinci de ani în urmă, specialiștii în chirurgie generală se ocupau de histerectomii, de îndepărtarea cancerului pulmonar și de bypassuri arteriale la nivelul membrelor inferioare cu o circulație defectuoasă. În prezent, există câte o specialitate medicală pentru fiecare tip de afecțiune, iar doctorii pregătiți strict în respectivul domeniu efectuează, permanent, doar setul de proceduri destinate tratamentului bolilor respective. Când mă aflam în sala de operație, cea mai măgulitoare remarcă pe care o auzeam din partea colegilor mei era: „Ești o adevărată mașinărie, Gawande!” Iar noțiunea de „mașinărie” nu este utilizată chiar întâmplător, căci ființele umane pot, realmente, în anumite împrejurări, să funcționeze ca niște mașinării.

Să folosim ca exemplu o procedură chirurgicală relativ simplă, corectarea unei hernii, pe care am învățat s-o efectuez încă din primul an de rezidențiat în specialitatea chirurgie. Hernia apare ca urmare a slăbirii peretelui abdominal, de obicei în zona inghinală, determinând apariția unei umflături la acest nivel. În majoritatea spitalelor, intervenția – care constă în împingerea protruziunii înapoi, urmată de refacerea peretelui abdominal – durează circa nouăzeci de minute și poate ajunge să implice cheltuieli de până la patru mii de dolari. În 10-15% dintre cazuri, operația nu-și atinge scopul, iar hernia se reface. În zona limitrofă a orașului Toronto există însă un mic centru medical, cunoscut sub numele de Shouldice Hospital, în care asemenea statistici nu sunt valabile. La Shouldice, timpul operator nu depășește treizeci-patru-zeci și cinci de minute, rata de recurență a herniilor atinge doar uluitorul procent de 1%, iar costul unei astfel de intervenții este aproape jumătate din cel calculat în orice altă unitate medicală. Probabil că niciunde în lume nu există o alternativă comparabilă în ceea ce privește corectarea unei hernii.

Care este secretul succesului acelei climei? Răspunsul cel mai scurt este că, la Shouldice, toți cei doisprezece chirurgi nu se ocupă de **nimic** altceva decât de operarea herniilor. Fiecare dintre ei are în palmares între șase sute și opt sute de cazuri pe an – mai mult decât cuantumul realizat de specialiștii în chirurgie generală într-o viață întreagă. Excepționalul nivel de instruire și de experiență al cadrelor medicale de la Shouldice în acest domeniu nu are egal. Însă succesul lor poate fi explicat și prin faptul că procesul repetitiv le modifică modul de-a gândi. În acest sens, Lucian Leape, un chirurg pediatru care a realizat un studiu cu privire la erorile medicale, apreciază că „o trăsătură definitorie a experților este aceea că imprimă procesului de rezolvare a problemelor un tot mai accentuat caracter automat”. Prin repetare, o mulțime de funcții mentale devin automate și nu mai implică niciun fel de efort, exact ca în cazul șofatului zilnic către locul de muncă. Situațiile noi însă impun, de obicei, gândire conștientă și soluții „de moment”, care sunt mai dificil de aplicat și mai susceptibile la greșeli. Chirurgii care dispun de soluții automatizate pentru rezolvarea majorității situațiilor au un avantaj

considerabil. Dacă studiul suedez referitor la EKG pretinde că, uneori, trebuie utilizate mașinile în locul medicilor, exemplul chirurgilor de la Shouldice sugerează că este de dorit ca doctorii să beneficieze de o pregătire care să le permită să acționeze ca o mașinărie.

Într-o dimineață rece de luni, mi-am pus o uniformă verde de spital, o mască și o bonetă, ca să pot vedea și eu cazurile abordate în cele cinci săli de operație ale spitalului Shouldice. E suficient să descriu unul singur, întrucât toate decurgeau absolut identic: i-am urmărit pe cei șase chirurgi care operau fiecare câte un pacient și niciunul dintre ei nu s-a abătut deloc de la protocolul standard pe care-l aplicau.

Într-o sală de operație placată integral cu faianță, ceea ce-i conferea aspectul unei cutii, mi-am aruncat privirea peste umărul lui Richard Sang, un chirurg în vârstă de cincizeci și unu de ani, cu un umor sec și o înfățișare tinerească. Cu toate că am stat de vorbă în timpul întregii intervenții, dr. Sang trecea de la o etapă la alta fără nicio pauză, cu un aer aproape absent, fiindcă asistenta știa precis ce țesuturi să tragă înapoi, iar sora îi **înmâna** prompt instrumentarul necesar și **nimeni** nu avea nevoie de nicio indicație. Pacientul, un bărbat de vreo treizeci și cinci de ani, cu o alură plăcută și o atitudine surprinzător de calmă, care, din când în când, mai întreba cum merg lucrurile, era întins pe masă, complet acoperit, având expusă doar partea inferioara a abdomenului, colorată în galben datorită dezinfectantului local pe bază de iod. În partea stângă a osului pubian se vedea o umflătură de mărimea unei prune. Dr. Sang i-a injectat un anestezic local la nivelul unui punct situat pe diagonala dintre coapsa stângă și pubis, de-a lungul crestei inghinale. Cu o lamă de bisturiu nr. 10 a făcut, pe traseul liniei respective, dintr-o singură mișcare în sens descendent, o incizie de aproximativ 10 cm, care a scos la iveală stratul de grăsime galben-lucios de sub piele. Pentru a evita interferența ușoarei sângerări produse, asistenta a plasat câte o bucată de material absorbant de-o parte și de alta a plăgii și a tras simultan în lateral, ca să o deschidă.

Sang a efectuat o incizie rapidă și sigură la nivelul stratului muscular extern al peretelui abdominal, evidențiind cordonul

spermatic, un pedicul cu o lungime de circa 1,3 cm alcătuit din vase de sânge și spermatice. Puteam vedea acum că hernia fusese generată de slăbirea peretelui muscular situat sub cordon – o modalitate obișnuită de apariție a unei hernii. Preț de câteva clipe, Slang și-a încetinit ritmul, ca să verifice cu mare atenție posibilitatea existenței vreunei alte hernii de-a lungul întregii zone de ieșire a cordonului din peretele abdominal interior. Destul de sigur pe el, a depistat și o a doua hernie, de dimensiuni mici – care, dacă n-ar fi fost observată, ar fi provocat o recurență. Apoi a desfăcut și celelalte straturi musculare de sub cordon, ca să deschidă complet peretele abdominal, și a împins înapoi protruziunea respectivă. Pentru a repara o pernă ruptă, prin care iese umplutura, fie se aplică un petic, fie se cos cele două laturi ale tăieturii. De obicei, la spitalul meu se împinge înapoi hernia, apoi se aplică deasupra o meșă fermă dintr-un material de consistența plasticului, care se suturează de masa de țesut învecinat. Se asigură astfel o fixare bună, iar tehnica respectivă este ușor de utilizat Sang însă, aidoma celorlalți chirurgi de la Shouldice cu care am stat de vorbă, sfida o asemenea abordare: ei considerau că meșa implica riscul producerii ulterioare a unei infecții (din moment ce era un corp străin), era costisitoare (prețul ei poate urca și până la câteva sute de dolari) și inutilă (întrucât ei obțin rezultate de invidiat fără a utiliza un astfel de accesoriu).

În timp ce discutam despre asemenea alternative, Sang refăcea peretele, suturând, cu ajutorul unui fir subțire, trei straturi musculare detașate unele de altele și asigurându-se permanent că se îmbinau perfect parte peste parte, ca un costum la două rânduri de nasturi. După ce Sang a închis pielea pacientului cu câteva copci mici și i-a dat jos câmpul steril, acesta și-a balansat picioarele peste marginea mesei, s-a ridicat și-a plecat. Procedura durase fix o jumătate de oră.

Numeroși chirurgi din diverse centre medicale aplică metoda de corectare a herniei utilizată la spitalul Shouldice, dar obțin aceleași rate de recurență ca și în cazul folosirii procedurii obișnuite. Nu tehnica este secretul succesului experților de la Shouldice. Sistemul lor de practicare a intervenției respective poate fi asemănat cu cel

utilizat de fabricanții de cipuri de la Intel[8]: le place să se considere o „fabrică ultraspecializată”. Până și clădirea spitalului are un design adaptat particularităților pacienților suferinzi de hernie. În camere nu există telefon sau televizor, iar masa e servită într-un salon amplasat la parter; drept urmare, pacienții n-au altă soluție decât să se ridice din pat și să se deplaseze, evitând astfel apariția complicațiilor corelate cu lipsa mobilizării, cum sunt, de pildă, pneumonia sau tromboza.

După ce și-a lăsat pacientul în grija unei sore medicale, Sang l-a văzut pe următorul și l-a condus în aceeași sală de operație. Aceasta era din nou curată, deși abia dacă trecuseră trei minute de la terminarea intervenției precedente. Fuseseră schimbate cearceafurile și instrumentarul. Totul era pregătit pentru abordarea unui nou caz. L-am întrebat pe Bymes Shouldice, unul dintre fiii fondatorului clinicii, el însuși chirurg specializat în domeniul corectării herniilor, dacă n-a avut vreodată sentimentul că-l plictisește practicarea aceleiași activități de-a lungul unei zile întregi. „Nu”, mi-a răspuns, cu o voce a cărei sonoritate amintea de cea a lui Spock[9]. „Perfecțiunea este cea care-mi stimulează activitatea.”

În mod paradoxal, un asemenea tip de supraspecializare dă naștere unei întrebări firești: în ce măsură îngrijirea medicală de cea mai bună calitate necesită doctori de înaltă calificare. Niciunul dintre medicii pe care i-am văzut operând la spitalul Shouldice n-ar fi putut avea, în vreun spital american obișnuit, o funcție care să-i permită să-și coordoneze propriul program de lucru, deoarece niciunul nu-și finalizase stagiul de pregătire în chirurgie. Sang fusese medic de familie; Bymes Shouldice abia terminase Facultatea de Medicină; iar șeful echipei de chirurgi fusese obstetrician. Cu toate acestea, după o pregătire de circa un an, deveniseră cei mai buni specialiști din lume în domeniul corectării herniilor. Oare cei care se ocupă exclusiv de rezolvarea herniilor sau de efectuarea colonoscopiilor mai au nevoie, pentru a atinge nivelul de performanță dorit, să treacă prin toate etapele instruirii în specialitatea aleasă (patru ani de facultate, urmați de **minimum** cinci ani de rezidențial)? Și-n fond, cât de important mai e să fii om, desigur, în funcție de sfera de practică a fiecărui medic? — de fapt,

exact asta este întrebarea formulată de studiul suedez cu privire la interpretarea EKG-urilor.

Chiar dacă normele profesionale medicale au început să recunoască faptul că specializarea în practicarea unui singur tip de intervenție, ca în cazul colectivului de chirurgi de la Shouldice, poate îmbunătăți calitatea tratamentului medical, mulți doctori nu sunt pe deplin convinși că așa stau lucrurile. Reticența lor s-a manifestat mai ales în ceea ce privește disponibilitatea aplicării unui asemenea principiu în etapa de stabilire a diagnosticului. Majoritatea medicilor consideră că problematica diagnosticării unei afecțiuni nu poate fi redusă la dimensiunile unui set de generalizări – ale unei „cărți de bucate", cum afirmă unii dintre ei. Ea trebuie să țină cont, în schimb, de particularitățile fiecărui pacient în parte.

În fond, este doar o chestiune de judecată medicală, nu-i așa? Când sunt de gardă în departamentul de urgențe, sunt solicitat deseori să evaluez starea unui pacient cu dureri abdominale și să decid dacă este sau nu vorba de apendicită. Ascult cu mare atenție tot ce-mi spune și iau în considerare diverși factori: cum percep starea abdomenului la palpare, natura și localizarea durerii, temperatura, pofta de mâncare, valorile testelor de laborator. Însă nu arunc toate informațiile într-o formulă și mă apuc să calculez rezultatul. Apelez la propria-mi judecată clinică – la intuiție – ca să decid dacă este necesar să se intervină chirurgical, să fie internat în spital pentru urmărire chimică sau să i se dea drumul acasă. Am auzit cu toții de cazuri ce sfidează statisticile – criminalii înrăiți care devin oameni cumsecade sau pacienții suferinzi de cancer în stadiu terminal care își revin miraculos. În psihologie a fost definită o așa-numită problemă a piciorului-rupt. E posibil ca o formulă statistică să estimeze cu destul de mare precizie probabilitatea ca o persoană să meargă săptămâna următoare la cinema. Dar cineva care știe că acea persoană este imobilizată la pat, cu un picior în ghips în urma unei fracturi, va dovedi cât de vulnerabilă este o atare modalitate de predicție. Nicio formulă matematică nu poate lua în calcul infinitatea posibilităților de producere a unor asemenea evenimente neobișnuite. De aceea și sunt medicii atât de convinși că, atunci

când trebuie să pună un diagnostic, e preferabil să țină cont de propria intuiție, pe care și-au format-o de-a lungul anilor de practică.

Într-un weekend, când eram de gardă, am consultat o femeie în vârstă de treizeci și nouă de ani, care, deși avea dureri în partea inferioară dreaptă a abdomenului, nu reprezenta tabloul clinic tipic al unui caz de apendicită. Spunea că se simțea relativ bine și că nu avea nici febră, nici senzație de greață, îi era foame și n-a sărit în sus de durere când i-am palpat abdomenul. Rezultatele testelor de laborator erau destul de derutante. Cu toate acestea, în scrisoarea medicală către șeful secției de chirurgie am recomandat apendicectomie. Numărătoarea leucocitelor releva valori peste limitele normale, ceea ce sugera prezența unei infecții și, în plus, chiar mi se părea că arată ca o persoană bolnavă. Oamenii care suferă de diverse afecțiuni pot avea acea înfățișare inconfundabilă pe care orice rezident ajunge s-o recunoască după o vreme, pe măsură ce acumulează experiență. Poate că nu știi exact despre ce e vorba, dar ai certitudinea că e ceva serios. Chirurgul a fost de acord cu diagnosticul stabilit de mine, a efectuat operația și a constatat că era, într-adevăr, apendicită.

Nu după mult timp, am examinat un bărbat în vârstă de șaizeci și cinci de ani care avea simptome extrem de asemănătoare cu cele ale pacientei anterioare. Aceleași rezultate ale analizelor; am solicitat și efectuarea unei ecografii abdominale, care însă nu a fost concludentă. Nici în cazul de față nu existau semne tipice pentru un diagnostic de apendicită, deși înfățișarea omului trăda exact contrariul, după părerea mea. La chirurgie s-a dovedit însă că apendicele nu era afectat. Avea diverticulită, o infecție la nivelul colonului, care, de regulă, nu necesită operație.

Este al doilea caz mai tipic decât cel dintâi? Cât de des mă induce în eroare intuiția? Implicația cea mai importantă a studiului suedez amintit anterior este că abordarea individualizată, bazată pe intuiție, ce guvernează spiritul medicinei moderne, și-a pierdut caracterul infailibil – cuantumul erorilor pe care le determină îl depășește pe cel al cazurilor pe care reușește să le prevină. Concluzia este susținută și de foarte multe cercetări care nu țin de

sfera medicală. De-a lungul ultimelor patru decenii, psihologia cognitivă a arătat în repetate rânduri că, de regulă, o abordare algoritmică „în orb” înșală capacitatea rațională a oamenilor de-a face previziuni și a stabili diagnostice. În clasicul său tratat din anul 1954, *Clinical Versus Statistical Prediction (Predicția clinică față în față cu cea statistică),* psihologul Paul Meehl prezenta un studiu efectuat asupra unui eșantion de deținuți eliberați condiționat, din Illinois, în care estimările psihiatrilor de penitenciar că un astfel de condamnat urma să încalce condițiile impuse de lege erau comparate cu cele ale unei formule rudimentare de calcul statistic, ce avea în vedere vârsta, numărul de condamnări anterioare și tipul delictului comis. Cu toate că nu avea precizia unei analize statistice riguroase, formula respectivă a prezis probabilitatea producerii cazurilor de încălcare a condițiilor de eliberare condiționată într-o măsură mult mai mare decât au reușit psihiatrii. În articole mai recente, Meehl, împreună cu doi specialiști în domeniul științelor sociale, David Faust și Robyn Dawes, au trecut în revistă peste o sută de lucrări de cercetare care analizau comparativ capacitatea computerelor ori a calculului statistic și, respectiv, a judecății umane de a prefigura producerea unui eveniment oarecare, de la probabilitatea ca o companie să dea faliment la speranța de viață a pacienților suferinzi de cancer hepatic. În aproape toate cazurile, raționamentul statistic a egalat sau chiar depășit performanțele celui uman. Poate vă gândiți că decizia optimă, ce va asigura succesul unui proiect de activitate, îl va reprezenta colaborarea între o ființă umană și un computer. Așa cum relevă oamenii de știință însă, o asemenea perspectivă nu-și prea are rostul. Dacă opiniile celor doi colaboratori coincid, foarte bine. Dar dacă nu, studiile arată că e mai bine să mergeți „pe mâna” computerului.

De ce depinde superioritatea unui algoritm computerizat bine pus la punct? În primul rând, remarcă Daws, ființele umane sunt inconsecvente: suntem ușor influențați de sugestii, de propria percepție asupra lucrurilor, de experiențele recente, de lipsa atenției și de modul cum sunt prezentate informațiile.

În al doilea rând, când aprecierea unei situații depinde de mai mulți factori, oamenii nu sunt capabili să-i evalueze pe toți la fel de

corect. Avem tendința să atribuim un rol exagerat unor variabile și să le ignorăm în mod nejustificat pe altele. Un program bun de calculator acordă fiecărui factor, automat, cu consecvență, ponderea corespunzătoare. În fond, întreabă Meehl, când mergem la magazin, îl lăsăm cumva pe vânzător să ne cântărească din ochi cumpărăturile și să spună „Păi, cred că aveți de plătit cam șaptezeci de dolari”? Poate că, după o perioadă de antrenament intens, ar fi capabil să facă o estimare foarte corectă. Trebuie să recunoaștem însă că un calculator, a cărui activitate se rezumă la simpla însumare a prețurilor, ne oferă un rezultat mult mai exact. Așa cum reiese din studiul suedez, lui Ohlin i s-a întâmplat doar rareori să facă o greșeală evidentă. Numeroase EKG-uri sunt însă echivoce, întrucât unele caracteristici par să releve o funcție cardiacă normală, în timp ce altele induc prezumția unui infarct miocardic. Doctorii întâmpină dificultăți în ceea ce privește interpretarea corectă a sugestiilor oferite de un număr mare de informații și sunt cu ușurință influențați de alți factori, precum, de pildă, aspectul ultimei electrocardiograme pe care au analizat-o.

Probabil că, în mod inevitabil, medicii vor fi nevoiți să cedeze supremația computerelor, cel puțin în cazul anumitor decizii legate de stabilirea diagnosticului. În acest sens, rețeaua PAPNET a și câștigat preferințele utilizatorilor care se ocupă de screeningul frotiurilor PAP digitale – probe microscopice prelevate din colul uterin al femeilor – în scopul identificării tumorilor sau a formațiunilor precanceroase, o asemenea activitate fiind efectuată, de obicei, de un patolog. Cercetătorii au finalizat peste o mie de studii referitoare la folosirea rețelelor neurale în aproape toate sferele de specializare din medicină. Unele au fost programate să diagnosticheze cazurile de apendicită, demență, urgențe psihiatrice și boli cu transmitere sexuală. Altele pot prefigura eficiența unui tratament oncologic, a unui transplant de organ sau a unei intervenții chirurgicale pe cord. Au fost puse la punct, de asemenea, sisteme de interpretare a radiografiilor, mamografiilor și a tehnicilor de imagistică pentru vizualizarea inimii.

În privința tratamentelor diverselor boli, o parte a lumii medicale a și început să aplice, pe scară din ce în ce mai largă, lecția oferită

de spitalul Shouldice, referitoare la avantajele îngrijirii supraspecializate. Regina Herzlinger, profesor la Harvard Business School, care, în cartea sa, intitulată *Driven Health Care,* a introdus conceptul de „fabrică specializată de îngrijire a sănătății", prezintă și alte exemple, cum sunt cele ale centrului de chirurgie cardiacă Texas Heart Institute și ale celui de transplant de măduvă din cadrul Universității Duke. Se pare că pacienții suferinzi de cancer mamar au o evoluție mai bună în centrele specializate de tratament oncologic, unde chirurgul oncolog, specialistul oncolog, radiologul, chirurgul plastician, asistentul social, nutriționistul și alte categorii de personal specializat au de-a face, zi și noapte, numai cu astfel de cazuri de cancer de sân. Și aproape toate spitalele au în prezent protocoale și algoritmuri terapeutice pentru cel puțin câteva dintre cele mai obișnuite afecțiuni, cum sunt astmul și accidentul vascular cerebral subit. Noile rețele neurale artificiale, pur și simplu, extind asemenea lecții la nivelul, atât de complex, al procesului de diagnosticare.

Cu toate acestea, vor exista în continuare manifestări de reticență față de o atare perspectivă a medicinii automatizate. Unele dintre ele vor avea motivații pur psihologice: doctorii sunt uneori refractari la schimbarea stării de lucruri actuale. Altele însă sunt generate de temerile, pe deplin justificate, că în arealul unei medicini a mașinilor pentru fiecare treaptă de virtuozitate câștigată se va pierde ceva vital. Îngrijirea modernă a și început să-și piardă latura umană, iar etosul ei tehnocratic a generat un sentiment de alienare în rândul celor pe care îi consideră beneficiarii serviciilor sale. Pacienții au senzația că sunt doar niște numere, ceea ce, prea adesea, chiar reflectă realitatea.

Compasiunea și tehnologia nu sunt însă neapărat două entități incompatibile; ele pot să-și consolideze reciproc efectele. Ceea ce înseamnă că mașina, oricât de ciudat ar părea, devine uneori cel mai bun prieten al medicinei. Nimic nu se compară cu situațiile în care între doctor și pacient survine o greșeală. Și, în vreme ce erorile ne vor urmări tot timpul – nici mașinile nu sunt perfecte –, încrederea nu poate fi întărită decât prin reducerea greșelilor. În plus, întrucât „sistemele" preiau tot mai mult din latura tehnică a activității

medicale, fiecare doctor ar putea găsi disponibilitatea de-a redescoperi valorile îngrijirii care își aveau rolul lor, bine întemeiat, înainte de era tehnologiilor avansate – de pildă, discuția cu pacientul. Asistența medicală se raportează la viața și la moartea noastră; am avut mereu nevoie de doctori ca să ne ajute să înțelegem ce se întâmplă și de ce, ce anume este posibil și ce nu. În condițiile în care actuala rețea de experți și sisteme specializate cunoaște o tot mai puternică expansiune, orice medic are o și mai mare responsabilitate de a juca dublul rol de consultant avizat și de confident. Poate că mașinile au, într-adevăr, capacitate de decizie, dar tot de medici avem nevoie ca să ne vindece.

Când doctorii greșesc

Pentru o mare parte a oamenilor – și, în mod cert, pentru reprezentanții sistemului juridic și pentru cei ai mass-media –, problematica erorilor medicale este asociată cu ideea de doctor incompetent. De obicei, modul în care survin erorile în medicină nu se vede, ceea ce explică de ce, adesea, nici nu este înțeles. Apariția greșelilor este o realitate. Noi avem tendința să le considerăm simple abateri de la normalitate. Dar nu este deloc așa.

Într-o noapte de vineri, geroasă, de acum câteva ierni, târziu, pe la ora două, eram în toiul unei intervenții, la spital – tocmai deschideam cavitatea abdominală a unui adolescent înjunghiat –, când mi-a sunat pagerul. „Traumă, trei minute", m-a anunțat sora medicală, citindu-mi cu voce tare mesajul afișat pe ecranul pagerului. Asta însemna că o ambulanță urma să aducă foarte curând o nouă victimă, iar eu, fiind rezidentul de serviciu la urgență, trebuia să fiu pregătit să preiau imediat pacientul. M-am îndepărtat de masa de operație și mi-am scos halatul. Doi alți chirurgi îl operau pe tânărul înjunghiat: Michael Ball, medicul curant (chirurgul care poartă responsabilitatea cazului), și David Hernandez, șeful colectivului de rezidenți (medic specializat în chirurgie generală, aflat în ultimul an de pregătire). În mod obișnuit, ei ar fi fost cei care trebuiau să vadă și să asiste noul caz, dar atunci erau amândoi angajați în operație. Ball, un medic glacial, cerebral, în vârstă de patruzeci și doi de ani, mi-a aruncat o privire în timp ce mă îndreptam spre ușă. Mi-a spus: „Dacă ai probleme, anunță-ne, și unul dintre noi o să fie imediat lângă tine."

Și am avut probleme. Pentru a relata cele de față, a trebuit să modific unele detalii referitoare la ceea ce s-a întâmplat în continuare (inclusiv numele celor implicați). Am încercat, cu toate acestea, să păstrez cât mai fidel veridicitatea faptelor prezentate, protejând, în același timp, confidențialitatea pacientului, a mea și a

celorlalți colegi de breaslă.

Salonul de urgențe era situat cu un etaj mai sus, așa că, urcând treptele două câte două, am ajuns exact când tehnicienii medicali de urgență au adus pe targa mobilă o femeie de vreo treizeci de ani, care părea să cântărească peste 100 de kilograme. Stătea nemișcată, pe un brancard din plastic portocaliu pentru imobilizarea coloanei vertebrale – avea ochii închiși, fața palidă, iar din nas îi curgea sânge. O infirmieră a dirijat echipajul de intervenție în Trauma Bay 1, o sală de consultații dotată cu echipamentul specific uneia de operație – plăci de faianță verde pe pereți, dispozitive de monitorizare, spațiu destinat echipamentului cu raxe X. Am ridicat-o ca s-o așezăm pe pat și ne-am pus pe treabă. O soră medicală a început să taie hainele femeii. Alta îi verifica semnele vitale. O a treia i-a inserat în brațul drept un cateter intravenos gros. Un chirurg intern i-a montat un cateter Foley în vezica urinară. Medicul curant de medicină de urgență era Samuel Johns, un bărbat de vreo cincizeci de ani, uscățiv, a cărui înfățișare te ducea cu gândul la Ichabod Crane{10}. Stătea lângă masa de operație, cu brațele încrucișate, observând starea victimei, ceea ce-mi sugera că puteam să înaintez și să preiau cazul.

Într-un spital universitar, rezidenții se ocupă de cea mai mare parte a asistenței medicale „clipă de clipă”. Îndatoririle pe care le avem depind de nivelul nostru de pregătire, însă nu suntem niciodată lăsați să practicăm pe cont propriu: există întotdeauna un medic curant care ne supervizează deciziile, în acea noapte, Johns era cel care avea un asemenea rol; și, întrucât era responsabil și de managementul prompt al pacientului, de la el am preluat cazul. În plus, nefiind chirurg, se baza pe mine în ceea ce privea expertiza de specialitate.

„Ce-mi puteți spune despre caz?” am întrebat.

Un tehnician medical de urgență mi-a dat toate detaliile necesare cu viteza unui automat: „Femeie de rasă albă, condus fără centură, viteză mare, mașină răsturnată. Proiectată afară din automobil. Găsită fără reacție la stimuli dureroși. Puls o sută, tensiune arterială 100/60 mm Hg, respiră singură la o minimă de 30…”

În timp ce el vorbea, începusem s-o examinez. Prima etapă a

îngrijirii unui pacient traumatizat este întotdeauna aceeași. Nu contează dacă persoana respectivă a fost împușcată cu unsprezece gloanțe sau lovită de un camion ori a suferit arsuri provocate de un accident casnic. În primul rând, te asiguri că victima poate respira fără dificultate. Respirația femeii din fața mea era superficială și rapidă. Un oximetru măsura, cu ajutorul unui senzor montat pe un deget, saturația în oxigen a sângelui. În mod normal, valoarea acestui parametru, simbolizat prin „02 sat", este, în cazul unui pacient care respiră aerul din cameră, de peste 95%. Deși femeii i se aplicase o mască de oxigen cu presiune respiratorie maximă, 02 sat abia ajungea la 90.

„Nu are aport de oxigen suficient", am anunțat, pe acel ton plat, cu semnificația „trezește-mă-dacă-apare-ceva-interesant", pe care-l dobândesc toți chirurgii după circa trei luni de rezidențiat. Am verificat, prin palpare, existența, la nivelul cavității bucale, a vreunui obiect ce-ar fi putut să-i obstrucționeze căile respiratorii; stetoscopul mi-a confirmat faptul că nu fusese afectat niciunul dintre plămâni. Am luat o mască facială, i-am aplicat etanș partea transparentă la nivelul nasului și al gurii și am început să comprim dispozitivul de presiune – un fel de balon cu valvă unidirecțională pompându-i în plămâni, cu fiecare manevră, câte un litru de aer. După circa un minut, saturația în oxigen ajunsese la un confortabil nivel de 98 la sută. Era evident că trebuia să intervenim ca s-o ajutăm să respire. „S-o intubăm", am spus. Asta însemna introducerea unui tub, printre corzile vocale, în trahee, ca să-i degajeze căile respiratorii și să permită realizarea ventilației mecanice.

Johns, medicul curant, a vrut să se ocupe de intubație. A luat un laringoscop Mac 3 – un instrument metalic standard, în formă de L, dar cu un aspect destul de rudimentar, utilizat pentru forțarea deschiderii cavității bucale și a gâtului – și a inserat lama, asemănătoare unei limbi de pantof, în profunzime, prin gură, spre laringe. Apoi a ridicat brusc mânerul instrumentului către vălul palatin, încălecând limba, ca să poată vizualiza corzile vocale, dispuse ca niște pliuri cărnoase, la intrarea în trahee. Pacienta n-a tresărit și nici nu s-a înecat: era tot inertă.

„Sucțiune!” a strigat. „Nu văd nimic.”

A aspirat aproape o cană de sânge și de secreții. A luat apoi tubul endotraheal – un tub de cauciuc transparent, cu un diametru cât al degetului arătător și o lungime de trei ori mai mare decât acesta – și a încercat să-l amplaseze între corzile vocale. După un minut, saturația în oxigen a început să scadă.

„A coborât până la șaptezeci la sută”, a anunțat o asistentă.

Johns se tot chinuia să împingă tubul, dar în zadar. Buzele pacientei își schimbaseră culoarea, bătând în albastru.

„Șaizeci la sută”, a spus, din nou, asistenta.

Johns a scos toate dispozitivele din cavitatea bucală a pacientei și i-a aplicat din nou masca pe figură. Indicatorul oximetrului a zăbovit pentru o clipă în dreptul diviziunii 60, după care a urcat, constant, până la 97%. După câteva minute, i-a scos masca și a încercat din nou s-o intubeze. De data asta, a extras și mai mult sânge și se pare că exista și un edem: probabil că toate manevrele la nivelul gâtului erau inutile. Saturația în oxigen a scăzut iarăși la 60%. A renunțat din nou la intubație și a ventilat-o pe mască până a ajuns la 95%.

Când nu-ți reușește intubarea, pasul următor constă în apelarea la ajutor specializat. „Să sunăm la anestezie”, am zis, iar Johns a încuviințat. Între timp, am respectat în continuare protocolul standard pentru cazurile de traumatisme: examinarea completă, asigurarea necesarului de fluide, recomandarea efectuării testelor de laborator și a radiografiilor. Toate acestea mi-au luat vreo cinci minute.

Saturația în oxigen a pacientei a coborât la 92% – o modificare relativ nesemnificativă, dar, în mod cert, deloc normală în cazul unui pacient ventilat manual. M-am uitat dacă nu cumva senzorul îi alunecase de pe deget. Era la locul lui. „Oxigenul e la presiune maximă?” am întrebat o asistentă.

„Da, la presiune maximă”, mi-a răspuns.

Am verificat din nou plămânii – nu erau afectați. „Trebuie s-o intubăm”, a spus Johns. I-a scos masca de oxigen și a făcut o nouă tentativă.

Cred că undeva, într-un ungher al minții, îmi încolțise gândul că,

poate, căile ei respiratorii nu rămâneau deschise datorită edemului de la nivelul corzilor vocale sau a sângelui. Dacă supoziția mea era adevărată și nu reușeam s-o intubăm, atunci singura ei șansă de supraviețuire ar fi fost efectuarea de urgență a unei traheotomii: realizarea unui orificiu în gât și inserarea, la nivelul traheii, a unui tub care să asigure respirația. O nouă încercare de intubare ar fi putut chiar să genereze un spasm al corzilor vocale și obturarea bruscă a căilor respiratorii – adică exact ce se întâmplase.

Dacă aș fi mers mai departe pe firul acestui gând, mi-aș fi dat seama cât de prost pregătit eram să fac o „trahe-”. Sigur că, fiind singurul chirurg din sală, eram cel mai experimentat în domeniul practicării unei traheotomii, dar asta nu însemna mare lucru. Asistasem la efectuarea unei asemenea intervenții în vreo șase cazuri, dintre care doar unul fusese în regim de urgență, așa că eram obișnuit cu tehnicile ce nu impuneau viteză de execuție. Excepția fusese o operație de urgență realizată pe o capră. Ar fi trebuit să-l chem imediat în ajutor pe doctorul Ball. Pentru orice eventualitate, ar fi trebuit să dispun pregătirea echipamentului de intubare endotraheală – sistem de iluminat corespunzător, dispozitiv de aspirare, instrumentar steril. În loc să grăbesc intubarea pacientei datorită unei scăderi neînsemnate a saturației în oxigen, ar fi trebuit să-l rog pe Johns să aștepte până când aș fi avut în preajmă un ajutor. Ba aș fi putut să-mi dau seama că era pe cale să survină compromiterea căilor respiratorii. Și-aș fi putut să apuc un bisturiu și să fac o traheotomie cât timp situația, relativ stabilă, mi-ar fi permis să efectuez intervenția într-un ritm mai lent. Dar, indiferent care au fost motivele ezitării mele – mândrie exagerată, neatenție, confundarea dorințelor cu realitatea sau șovăiala de moment –, am lăsat acea ocazie să-mi scape printre degete.

Johns s-a aplecat peste pacientă, încercând cu obstinație să insereze tubul printre corzile ei vocale. În momentul în care valoarea saturației în oxigen a coborât din nou la 60, s-a oprit și i-a aplicat iarăși masca facială. Privea insistent monitorul.

Cifrele afișate nu se mișcau. Buzele femeii aveau în continuate o colorație albastră. Johns a încercat să mărească și mai mult aportul de oxigen.

„Întâmpin rezistență”, a spus.

Am înțeles cum stăteau lucrurile și m-au cuprins fiorii: situația era dezastruoasă. „Fir-ar să fie, nu mai avem căile aeriene”, am zis. „Kit pentru trahe! Lumină! Cineva să sune la sala de operație 25 și să-l cheme pe Ball aici!”

S-a iscat deodată o învălmășeală teribilă. Am încercat să acționez cumpătat și să evit instalarea panicii. I-am spus chirurgului intern să-și pună un halat steril și mănuși. Am luat de pe un raft o soluție antiseptică și am turnat pe gâtul pacientei întregul conținut al unei sticle cu lichid brun-gălbui. O asistentă a desfăcut kitul de traheotomie – un set de câmpuri chirurgicale și instrumentar. Mi-am pus un halat și o pereche nouă de mănuși, răstimp în care încercam să mă gândesc ce aveam de făcut. E chiar simplu, mă străduiam să mă conving singur. La baza cartilagiului tiroidian, cunoscut sub numele de mărul lui Adam, există un înveliș subțire, fibros, denumit membrană cricotiroidiană. Faci o incizie sub ea și – *voilâ!* Ai pătruns în trahee. Strecori prin orificiu un tub de plastic, de forma unui racord cu cot pentru țevi, îl fixezi la sursa de oxigen și la un ventilator și gata. Cel puțin așa stăteau lucrurile în teorie.

I-am acoperit trupul cu cearșafuri sterile, lăsând la vedere doar zona gâtului. Era gros ca un trunchi de copac. Am palpat proeminența osoasă a cartilagiului tiroidian. Dar n-am putut să simt nimic sub straturile adipoase. Mă copleșise un sentiment de nesiguranță – unde-ar trebui să fac incizia? Oare e mai bine să fie pe verticală sau pe orizontală? — și nu mă puteam suferi din cauza asta. Chirurgii nu ezită niciodată, iar eu ezitam.

„Am nevoie de mai multă lumină!” am spus.

Cineva a fost trimis să caute o lampă.

„L-a adus cineva pe Ball?” am întrebat. Nu cred că obținusem astfel un efect prea mobilizator.

„Se-ndreaptă spre noi”, a răspuns o asistentă.

Nu era vreme de pierdut. Patru minute fără oxigen ar fi determinat distrugerea definitivă a creierului, poate chiar și moartea pacientei. Până la urmă, am luat bisturiul și am incizat. Pur și simplu, am făcut incizia: am culisat lama bisturiului pe o distanță de 7,5 cm, de la stânga spre dreapta, pe mijlocul gâtului, aplicând

tehnica pe care o învățasem pe cazurile demonstrative. În timpul manevrei de disecare, cu foarfecele, asistat de medicul intern, care menținea plaga deschisă cu ajutorul unui depărtător, am atins o venă. N-am lăsat să curgă prea mult sânge, dar atât cât a fost, a reușit să acopere leziunea. Nu mai puteam vedea nimic. Internul a presat cu un deget punctul de sângerare. Am solicitat dispozitivul de aspirare. Dar nu funcționa; tubul era colmatat cu secrețiile adunate în timpul încercărilor repetate de intubare.

„Să-mi aducă cineva alt tub!" am spus. „Și lampa unde e?"

Până la urmă, un infirmier a adus o lampă mobilă înaltă, a băgat-o în priză și-a aprins-o. Lumina era tot prea slabă; cred că m-aș fi descurcat mai bine cu o lanternă.

Am tamponat locul cu tifon, pentru a absorbi sângele și am palpat zona cu vârful degetelor. De data asta, am avut senzația că puteam să simt crestele dure ale cartilagiului tiroidian și, sub el, membrana cricotiroidiană. Totuși nu eram foarte sigur.

În sala de operație a intrat James O'Connor, un anestezist cu păr grizonat și un aer de atotștiutor. Johns i-a prezentat rapid cazul și l-a lăsat să se ocupe de ventilarea pacientei.

Ținând bisturiul în mâna dreaptă ca pe un stilou, am fixat lama în interiorul plăgii, în punctul unde credeam că depistasem cartilagiul tiroidian. Am înaintat din aproape în aproape – orbește, datorită prezenței sângelui și a luminii insuficiente – prin straturile de grăsime și țesut, până când am simțit că lama atinge cartilagiul dur. Am tatonat cu vârful bisturiului până ce am ajuns în dreptul unei denivelări. Am sperat că era membrana cricotiroidiană și am apăsat ferm. Am simțit deodată că țesutul cedează și am făcut o deschizătură de circa doi centimetri și jumătate.

Când mi-am afundat degetul arătător, am avut senzația că desfac un cârlig de rufe rigid. Am crezut că am pătruns într-un spațiu liber. Dar unde era sunetul produs de mișcarea aerului, pe care mă așteptam să-l aud? Ajunsesem la un nivel suficient de adânc? Sau, măcar, eram la locul potrivit?

„Cred că am atins ținta", am spus, ca să liniștesc pe toată lumea, inclusiv pe mine însumi.

„Sper", a zis O'Connor. „Femeia nu mai are mult de trăit."

Am luat tubul de traheotomie și am încercat să-l fixez, dar ceva părea să-l blocheze. L-am răsucit, l-am întors și, în final, l-am introdus cu o mișcare rapidă. Tocmai în acel moment a ajuns și Ball, chirurgul instructor. S-a apropiat în grabă de pat și s-a aplecat puțin deasupra pacientei, ca să vadă cum se prezenta situația. „Ai reușit?" m-a întrebat. Am răspuns că așa credeam. La capătul liber al tubului era fixată masca de oxigen. Dar când s-a aplicat presiune, s-a auzit deodată cum iese aerul de la nivelul plăgii. Ball și-a pus rapid o bluză chirurgicală și o pereche de mănuși.

„Cât timp a avut calea aeriană obstruată?" a întrebat.

„Nu știu. Trei minute."

Fața lui Ball a căpătat o expresie gravă, fiindcă-și dădea seama că nu avea la dispoziție decât circa un minut ca să remedieze situația. Mi-a luat locul și a extras rapid tubul traheal. „Doamne, ce mizerie!" a exclamat. „Nu pot să văd nimic în plaga asta. Nici măcar nu-mi dau seama dacă ai nimerit unde trebuia. Am putea avea lumină mai puternică și aspirație mai bună?" I-a fost dat un alt tub de aspirație. A curățat rapid plaga și s-a pus pe treabă.

Saturația în oxigen a pacientei scăzuse atât de mult, încât oximetrul nici n-o mai putea detecta. Ritmul cardiac începuse să încetinească – 60 de pulsații pe minut, 40, după care a dispărut complet de pe monitor. Mi-am sprijinit palmele pe toracele pacientei și, aplecându-mă, cu brațele încordate și coatele îndoite, am început manevrele de compresie.

Ball și-a îndreptat privirea către O'Connor. „N-o să reușesc să permeabilizez rapid căile respiratorii." „Va trebui să încerci din nou de deasupra." Recunoștea c-am dat greș. O nouă intubație orală nu avea niciun rost – era doar o expresie a gândului amăgitor că faci totuși ceva, în loc să privești, neputincios, cum îți moare pacienta. Eram foarte marcat și mă concentram numai asupra manevrelor de compresie toracică, fără să mă uit nici în stânga, nici în dreapta. Se isprăvise totul. Așa credeam.

Și deodată, ca prin minune, aud glasul lui O'Connor: „Am intrat!" Reușise să strecoare în spațiul dintre corzile vocale un tub endotraheal pediatric. În treizeci de secunde, cu ajutorul oxigenului pompat manual prin tubul de respirație, inima a început din nou să

bată, cu o frecvență de o sută douăzeci de pulsații pe minut. Saturația în oxigen a sângelui era 60, dar creștea constant. După alte treizeci de secunde, ajunsese la 97 la sută. Întreaga asistență a răsuflat ușurată, de parcă ar fi fost cu toții privați de aer, ca și pacienta. Ball și cu mine am schimbat doar câteva cuvinte, referitoare la ceea ce trebuia făcut în continuare. După care, a coborât un etaj mai jos, ca să finalizeze intervenția începută, asupra tânărului înjunghiat, aflat în continuare în sala de operație.

În cele din urmă, am descoperit identitatea femeii, pe care o voi numi Louise Williams; avea treizeci și patru de ani și locuia singură, într-o suburbie din apropiere. Când a fost adusă la spital, avea o alcoolemie triplă față de valoarea limită legală, ceea ce contribuise, foarte probabil, la pierderea cunoștinței. Avea o comoție, mai multe zgârieturi și un grad avansat de afectare a țesutului moale. Testele imagistice nu au evidențiat prezența altor leziuni datorate accidentului. În acea noapte, Ball și Hernandez au adus-o în sala de operație, în vederea efectuării unei traheotomii corespunzătoare. Când au terminat, Ball a ieșit să discute cu membrii familiei victimei, cărora le-a spus în ce stare critică fusese adusă, ce dificultăți „am” întâmpinat în cursul manevrelor de resuscitare și cât de îngrijorător de lung fusese intervalul de timp în care a fost privată de oxigen, ceea ce-i alimenta nesiguranța cu privire la integritatea funcției cerebrale. L-au ascultat fără să protesteze; nu aveau altceva de făcut decât să aștepte.

Îmi vin în minte acum alte întâmplări nefericite din viața unui chirurg. Odată, de pildă, un specialist în chirurgie generală a lăsat în abdomenul unui pacient un instrument metalic de mari dimensiuni, care i-a lezat întregul intestin, până la nivelul peretelui vezicii urinare. Într-un alt caz, un chirurg oncolog care efectua o biopsie a prelevat proba de țesut mamar dintr-o altă regiune a sânului decât cea suspectată, ceea ce a determinat temporizarea diagnosticului timp de mai multe luni. Un chirurg cardiolog a sărit, în timpul unei operații pe cord, peste o etapă mică, dar vitală, fapt ce a condus la decesul pacientului. Un chirurg general a văzut în camera de urgențe un om cu o durere abdominală atroce și, fără să-i efectueze

o tomografie computerizată, a presupus că era vorba despre o colică renală; optsprezece ore mai târziu, imagistica a evidențiat prezența unui anevrism aortic abdominal, iar pacientul a murit nu după mult timp.

Cum e posibil ca un doctor care face o greșeală de asemenea proporții să fie lăsat să-și practice în continuare meseria?

Celor ca ei le atribuim calificativul de „incompetent", „lipsit de simț etic", „neglijent". Ne dorim să vedem că sunt sancționați. Și-așa au apărut tensiunile legate de modul în care sistemul nostru public gestionează problema greșelilor din sfera medicală – procesele de malpraxis, scandalurile mediatice, suspendările, concedierile.

În miezul lucrurilor există însă un adevăr care complică o asemenea viziune „cosmetizată" a erorilor și a făptuitorilor acestora: toți doctorii fac greșeli foarte grave. Gândiți-vă numai la cazurile pe care le-am exemplificat mai sus. Le-am aflat după ce-am discutat cu mai mulți chirurgi respectabili – reprezentanți de vârf ai școlii medicale – pe care i-am rugat să-mi vorbească despre propriile lor erori, din ultimul an. Fiecare dintre ei a avut câte ceva de povestit.

În anul 1991, revista *New England Journal of Medicine* a publicat o serie de lucrări de referință din cadrul unui proiect cunoscut sub numele de „Harvard Medical Practice Study" („Studiul Harvard privitor la Practica Medicală") – o sinteză a datelor referitoare la un număr de peste treizeci de mii de cazuri de pacienți spitalizați din statul New York. Studiul a constatat, pe de-o parte, că aproape patru la sută dintre aceștia avuseseră, în urma tratamentelor, complicații care fie le prelungiseră durata internării în spital, fie se soldaseră cu infirmități ori cu deces, iar pe de altă parte, că două treimi dintre respectivele efecte negative se datoraseră greșelilor comise în cursul procesului de îngrijire. Din totalul spitalizărilor, un caz din patru, sau un procent din total a implicat neglijență. S-a estimat că, la nivel național, erorile de îngrijire generează în rândul pacienților, în fiecare an, până la patruzeci și patru de mii de decese. Iar investigațiile realizate ulterior, pe întreg teritoriul țării, au confirmat natura ubicuitară a greșelilor. În cadrul unui studiu de proporții restrânse, referitor la calitatea actului medical exercitat de un eșantion de clinicieni care se ocupau de pacienți cu stop cardiac

subit, douăzeci și șapte din treizeci de participanți au comis o eroare legată de utilizarea defibrilatorului – încărcându-l incorect sau pierzând prea multă vreme cu înțelegerea modului de funcționare a unui anumit model. Potrivit rezultatelor unui studiu efectuat în 1995, la fiecare internare în spital se înregistrează, în medie, circa un caz de administrare greșită a medicației – de pildă, când se dă fie un alt medicament în locul celui adecvat, fie o altă doză decât cea indicată; majoritatea nu se soldează cu efecte serioase, dar la un procent din totalul unor astfel de erori apar consecințe grave ale acestora.

Dacă greșelile s-ar datora unei minorități de doctori care periclitează sănătatea pacienților, ați putea crede că situațiile de malpraxis sunt concentrate în jurul unui grup restrâns de indivizi; în realitate însă, ele au o distribuție uniformă. În cursul carierei lor, cei mai mulți chirurgi sunt chemați cel puțin o dată în fața unei instanțe de judecată. Așa cum au constatat și cercetările consacrate studierii diverselor tipuri de erori, cea mai îngrijorătoare problemă este nu atât repetarea erorilor de către același individ, cât faptul că, practic, an de an, toți cei implicați în sistemul de îngrijire a pacienților spitalizați fac greșeli grave și, uneori, comit acte de neglijență. Așa se și explică de ce, în general, relatarea în presă a unui nou caz de malpraxis ce oripilează opinia publică nu stârnește decât rareori indignarea doctorilor. Mult mai adesea, mediatizarea unor asemenea evenimente le trezește un alt fel de reacții – dacă eram eu în locul celui incriminat? Cea mai importantă întrebare la care trebuie să se găsească un răspuns este nu cum să fie împiedicați medicii incompetenți să aducă prejudicii pacienților, ci cum să se evite implicarea doctorilor buni în astfel de situații.

Procesele de malpraxis constituie, în acest sens, un remediu extrem de ineficient. Troyen Brennan, profesor de științe juridice și sănătate publică, a evidențiat faptul că, până în prezent, cercetarea nu a reușit să aducă dovezi care să susțină rolul litigiilor în reducerea frecvenței erorilor – poate pentru că, printre altele, un asemenea instrument de luptă este atât de ambiguu. Brennan a coordonat mai multe studii ce urmăreau pacienții înrolați în Harvard Medical Practice Study. El a constatat că numărul celor

care au intentat vreodată proces pentru a reclama calitatea slabă a îngrijirii primite abia întrunea două procente din totalul celor care au avut astfel de experiențe neplăcute. Dimpotrivă, doar o mică parte dintre pacienții care chiar au ajuns cu dosarul incriminator în fața instanței fuseseră, de fapt, victime ale neglijenței asistenței medicale. Iar probabilitatea ca un reclamant să câștige un asemenea proces depindea, în primul rând, de cât de precare erau mijloacele materiale ale respectivei persoane, indiferent dacă acel nivel scăzut al venitului se datora bolii sau riscurilor inevitabile ale îngrijirii.

Implicațiile proceselor de malpraxis sunt mult mai profunde: înfierând caracterul incriminator al greșelilor, ele împiedică, de fapt, atât conștientizarea, de către medici, a gravității erorilor cât și discutarea publică a problemei în speță, în cadrul unui asemenea sistem injust, doctorii și pacienții ajung să se situeze pe poziții adverse, ambele tabere fiind constrânse să ofere o versiune puternic distorsionată a evenimentelor. Când lucrurile merg prost, unui medic îi este aproape imposibil să vorbească deschis cu pacientul despre greșeli. Juriștii spitalelor îi previn pe doctori că, deși au obligația de a-i informa pe bolnavi asupra problemelor neplăcute ce apar, nu trebuie niciodată să le dea să înțeleagă că ei sunt cei în culpă, ca nu cumva acea „confesiune” să devină probă incriminatoare în cadrul unui proces ce judecă o chestiune tranșantă de moralitate. Cel mult, un medic poate spune: „Îmi pare rău că lucrurile n-au decurs chiar cum speram.”

Există totuși un loc unde doctorii pot vorbi cu seninătate despre greșelile lor, dacă nu cu pacienții, măcar unul cu altul. Este vorba despre Morbidity and Mortality Conference (Conferința despre Morbiditate și Mortalitate) – sau, mai simplu, M & M –, organizată, de regulă, săptămânal, în aproape fiecare spital universitar din țară. Instituția a supraviețuit fiindcă, în majoritatea statelor, legile care-i protejează procedurile în justiție nu s-au abătut de la litera scrisă, în ciuda frecventelor probleme apărute. Chirurgii, în special, iau foarte în serios M & M. Aici au posibilitatea să se adune cu toții în spatele ușilor închise, ca să treacă în revistă greșelile, evenimentele nedorite și cazurile de deces produse în tura lor, să stabilească responsabilitatea pentru respectivele situații și să decidă ce

schimbări să facă data viitoare.

La spitalul unde lucrez, ne întâlnim în fiecare marți, la ora cinci după-amiază, într-un amfiteatru cu scaune de pluș și tablouri în ulei ce înfățișează portrete ale unor figuri reprezentative ale medicinii, menite a constitui, pentru fiecare dintre noi, adevărate modele de împlinire profesională. Astfel de întruniri vizează participarea tuturor chirurgilor, de la interni până la șeful de secție; ni se alătură și studenții mediciniști care-și fac, prin „rotație", stagiul **în** această specialitate. O conferință M & M poate reuni aproape o sută de persoane. Intrăm, ne luăm fiecare câte un exemplar fotocopiat al listei de cazuri ce urmează a fi dezbătute și ne așezăm la locurile noastre. Pe rândul din față stau chirurgii cei mai experimentați: oameni sobri, serioși, care, îmbrăcați în costume închise la culoare, **în** locul vestimentației obișnuite de spital, stau aliniați precum membrii unei comisii senatoriale de anchetă. Președintele, o prezență impunătoare, este așezat cel mai aproape de podiumul din lemn de la care sunt expuse cazurile. În rândurile următoare stau ceilalți chirurgi implicați în procesul de instruire și formare a viitorilor specialiști; sunt cu toții ceva mai tineri, iar printre ei exista și câteva femei. Rezidenții-șefi poartă halate albe și stau, de obicei, pe rândurile laterale. Mă alătur celorlalți rezidenți, echipați în bluze albe și pantaloni verzi, care ocupă locurile din spate.

Pentru fiecare caz în parte, rezidentul-șef din cadrul secției implicate – cardiologie, traumatisme etc. — adună informațiile, urcă pe podium și începe să relateze cum s-a petrecut evenimentul. Iată cum arată o listă parțială a cazurilor înregistrate în cursul unei săptămâni obișnuite (cu câteva modificări, desigur, pentru a păstra confidențialitatea protagoniștilor): un bărbat în vârstă de șaizeci și opt de ani, cu operație pe cord deschis soldată cu hemoragie care a determinat decesul pacientului; o femeie în vârstă de patruzeci și șapte de ani care a necesitat o nouă intervenție chirurgicală datorită infecției apărute în urma unui bypass arterial la nivelul membrului inferior stâng; o femeie în vârstă de patruzeci și patru de ani în cazul căreia s-a impus drenaj biliar după colecistectomie; trei pacienți care au necesitat o nouă intervenție chirurgicală din cauza

hemoragiei survenite postoperator; un bărbat în vârstă de șaizeci și trei de ani care a suferit un stop cardiac ulterior intervenției de bypass cardiac; o femeie în vârstă de șaizeci și șase de ani ale cărei suturi au cedat brusc, determinând o plagă abdominală, și aproape că au permis revărsarea intestinelor. Pe o astfel de listă se regăsea și cazul doamnei Williams, cel în care ratasem traheotomia. Ulterior, David Hernandez, rezidentul-șef din cadrul secției de traumatisme, a trecut în revistă datele înregistrate și ne-a vorbit mie și celorlalți implicați. La timpul cuvenit, el a fost cel care a venit în fața audienței și a descris evenimentul.

Hernandez este un bărbat înalt, cu o fire jovială, prietenoasă, cu reale abilități de narator. Dar prezentările M & M sunt teme și concise. A spus ceva în genul: „Era o șoferiță imprudentă, în vârsta de treizeci și patru de ani, care s-a răsturnat cu mașina datorită excesului de viteză. La locul accidentului, pacienta avea semne vitale stabile, dar fără reacție la stimuli dureroși. A fost adusă la spital cu ambulanța, dar nu era intubată. Când a sosit, avea GES 7.” GES sunt inițialele Glasgow Coma Scale (scala de gravitate Glasgow), care evaluează gravitatea traumatismelor cranio-cerebrale pe baza unor scoruri (grade de severitate) situate pe o scală de la trei la cincisprezece. GES 7 este un punctaj ce denotă existența unei stări comatoase. „Tentativele de intubare, efectuate în secția de urgențe, au eșuat și e posibil să fi contribuit la obstruarea căilor respiratorii. S-a încercat, tot fără succes, și o cricotiroidotomie.”

Asemenea prezentări sunt deseori penibile. Rezidenții-șefi, nu medicii instructori, sunt cei care stabilesc ce cazuri merită să fie supuse dezbaterii. Este păstrată astfel integritatea medicilor instructori – nimeni nu poate ascunde greșelile; în schimb, rezidenții-șefi, care au, în fond, poziția de subaltern, sunt puși într-o situație delicată. Așadar, o prezentare M & M reușită implică, inevitabil, o anumită eliziune a detaliilor și o mulțime de verbe la diateza pasivă. Nimeni nu ratează o cricotiroidotomie, dar e cu totul altceva să afirmi că „s-a încercat, fără succes, o cricotiroidotomie.” Oricum, mesajul n-a scăpat nimănui.

Hernandez a continuat: „Pacienta a făcut stop cardiac și a necesitat compresii cardiace. Ulterior, sub anestezie, a fost posibilă

inserarea unui tub endotraheal, ceea ce a permis stabilizarea funcțiilor vitale ale pacientei. După care s-a finalizat traheotomia, în sala de operație.”

Așadar, Louise Williams fusese privată de oxigen un interval de timp suficient de lung încât să intre în stop cardiac și toți cei prezenți știau că acest lucru implica riscul producerii unui accident vascular cerebral invalidant sau mai grav.

În încheiere, Hernandez a arătat și care erau consecințele fericite ale episodului prezentat: „Examenul medical final a infirmat afectarea permanentă a creierului sau producerea altor leziuni majore. Tubul de traheotomie a fost îndepărtat în Ziua nr. 2. A fost externată într-o stare de sănătate bună în Ziua nr. 3.” Și cei din familia femeii, și eu răsuflaserăm cu toții ușurați când pacienta se trezise dimineața, cam ametită, dar cu senzație de foame, vioaie și fără tulburări mentale. În câteva săptămâni, doar o cicatrice va mai aminti de acel episod.

Până atunci însă, cineva trebuia să dea socoteală. Îndată s-a și auzit tunetul unei voci din rândul întâi: „Ce înțelegeți prin «s-a încercat, fără succes, o cricotiroidotomie»?” M-am ghemuit în scaun, simțind că-mi luaseră foc obrajii.

„A fost cazul meu”, a răspuns, de bunăvoie, dr. Ball, din primul rând. Așa începe orice medic curant, iar acea frază concentrează, în doar câteva cuvinte, o întreagă cultură chirurgicală. În lumea școlilor de afaceri și-a Americii corporative, în care se vorbește permanent de virtuțile „organizațiilor orizontale” (organizații a căror structură se bazează pe un management dinamic, partajat, al muncii în echipă), chirurgii rămân fideli culturii bazate pe demodatul simț al ierarhiei. Când lucrurile merg prost, este de așteptat ca întreaga responsabilitate să fie preluată de medicul curant. Nu contează dacă, de fapt, mâna rezidentului a ezitat și a secționat aorta; nici dacă medicul curant era acasă, în pat, când asistenta a administrat un medicament într-o doză greșită. În cadrul M & M, medicul curant este cel care poartă povara responsabilității.

Ball a vorbit, în continuare, despre eșecul inhibării pacientei de către medicul curant de la urgență, precum și despre faptul că el însuși nu reușise să fie lângă ea când lucrurile scăpaseră de sub

control. A pomenit despre iluminarea slabă și despre dimensiunile spectaculoase ale gâtului femeii, având grijă ca aspectele relatate să nu sune ca niște scuze, ci pur și simplu să le confere statutul unor factori perturbatori, care complicau cazul. Unii medici curanți dădeau din cap, aprobator. Doi dintre ei i-au adresat câteva întrebări, ca să clarifice anumite detalii. Tonul lui Ball a fost permanent obiectiv, detașat. Avea aerul unui prezentator de știri de la CNN care descria tulburările din Kuala Lumpur.

Ca întotdeauna, întrebarea finală a fost pusă de președinte, care era responsabil de calitatea tuturor serviciilor oferite de secția noastră de chirurgie. Ce anume, voia el să afle, ar fi schimbat Ball dacă ar fi revizuit abordarea cazului? Ei bine, a răspuns cel vizat, nu a durat prea mult până ce a putut fi controlată situația pacientului cu plaga înjunghiată, în sala de operație, așa că, probabil, în acel moment, l-ar fi trimis pe Hernandez sus, la secția de urgențe sau l-ar fi lăsat pe acesta să închidă abdomenul tânărului, ca să poată veni el să preia cazul lui Williams. Întreaga audiență încuviință. Lecție învățată. Cazul următor.

Pe toată durata M & M, nimeni nu a încercat să afle de ce nu solicitasem ajutor mai devreme și nici de ce nu avusesem competența teoretică și practică necesară în situația lui Williams. Ceea ce nu înseamnă că modul în care acționasem a fost perceput ca fiind acceptabil. Mai degrabă, respectând scara ierarhică, Ball era cel care avea rolul de a-mi analiza erorile. A doua zi după dezastru, Ball m-a prins pe hol și m-a tras deoparte. Tonul cu care mi-a vorbit despre ceea ce greșisem era mai mult lezat decât supărat. În primul rând, mi-a explicat el, într-o traheotomie de urgență poate ar fi fost preferabilă o incizie verticală la nivelul gâtului; așa aș fi evitat vasele de sânge, care trec spre și dinspre cap – ceea ce ar fi trebuit să știu, cel puțin din literatura de specialitate. Poate că astfel aș fi reușit, mult mai ușor, să obțin permeabilizarea căilor respiratorii, a continuat Ball. În al doilea rând – și, după părerea lui, mai grav decât simpla ignoranță - era faptul că nu înțelegea de ce nu l-am chemat când devenise evident că situația se complica. N-am încercat să mă scuz. Am promis că voi fi mai bine pregătit să fac față unor astfel de cazuri și să reacționez mai prompt când se va pune

problema să solicit ajutor.

Chiar și după ce Ball se îndepărtase, rușinea care mă cuprinsese îmi crea o senzație de arsură în stomac, aidoma celei din ulcer. Nu era un sentiment de vinovăție: acesta apare atunci când ai făcut ceva rău. Era rușine: eu eram întruchiparea culpei. Știu la fel de bine că asemenea sentimente pot fi exacerbate în cazul unui chirurg. Una e să-ți conștientizezi propriile limite, dar cu totul altceva este să te copleșească neîncrederea în propria competență. Un reputat chirurg de talie națională îmi povestea odată despre o operație abdominală în cursul căreia n-a mai putut controla hemoragia produsă în timpul rezecției unei tumori care s-a dovedit a fi benignă, iar pacientul a murit. „A fost pur și simplu o crimă", mi-a spus. Ulterior, cu greu se mai mobiliza în vederea efectuării unei intervenții. Iar când reușea totuși să opereze, era extrem de ezitant. Cazul respectiv i-a afectat, timp de mai multe luni, calitatea actului operator.

Mai gravă însă decât pierderea încrederii în sine este adoptarea unei atitudini defensive. Există chirurgi care văd greșeli oriunde, numai la ei înșiși nu. Nu au niciun fel de îndoieli sau de temeri cu privire la propriile abilități. Ca urmare, nu învață nimic din propriile erori și nu știu că au și puncte slabe. Un confrate mi-a spus cândva că este ceva rar, dar alarmant să întâlnești un chirurg lipsit de sentimentul de teamă. „Dacă nu ți-e puțin frică atunci când operezi", mi-a zis, „îi vei face, cu siguranță, un deserviciu serios pacientului."

Atmosfera din cadrul M & M este menită să descurajeze ambele atitudini – neîncrederea în propria competență și negarea –, pentru că o astfel de conferință constituie, de fapt, un ritual cultural care le insuflă chirurgilor o percepție „corectă" asupra greșelilor. „Ce anume ați schimba data viitoare, într-o situație similară?" întreabă un președinte, referitor la cazurile în care prejudiciile puteau fi evitate. „Nimic" este doar foarte rar un răspuns acceptabil.

În felul ei, M & M este o instituție impresionant de sofisticată și de umană. Spre deosebire de instanțele judecătorești sau de mass-media, ea recunoaște faptul că, în general, erorile oamenilor nu pot fi împiedicate printr-un act punitiv. M & M consideră că evitarea greșelilor este, într-o măsură considerabilă, o chestiune de voință –

ce implică, mai întâi, menținerea unui nivel de informare și de vigilență suficient de ridicat încât să permită anticiparea nenumăratelor situații în care lucrurile ar putea merge prost, iar apoi, străduința de-a preîntâmpina apariția unor complicații prin sesizarea la timp a oricărei potențiale probleme. Faptul că se produce o greșeală nu este condamnabil, dar e destul de jenant. De altfel, etosul instituției M & M poate părea paradoxal. Pe de-o parte, susține chiar convingerea, puternic înrădăcinată, a americanilor că eroarea este intolerabilă. Pe de altă parte, însăși existența M & M, convocarea ei regulată, o dată pe săptămână, implică o recunoaștere a faptului că greșelile constituie o componentă integrantă a medicinei și, ca atare, sunt inevitabile.

Dar de ce apar ele atât de frecvent? Lucian Leape, un expert de marcă în domeniul erorilor, subliniază că multe alte sectoare de activitate – fie că este vorba de producerea semiconductorilor sau de serviciile hoteliere de la Ritz-Cariton – pur și simplu nu îngăduie o frecvență a greșelilor atât de mare precum cea înregistrată în spitale. În cadrul industriei aviatice, rata erorilor operaționale a fost redusă substanțial, ajungându-se la un raport de numai una la o sută de mii de curse aeriene, majoritatea nesoldându-se cu prejudicii serioase. În ultima vreme, în rândul angajaților companiei General Electric circulă expresia „Six Sigma”, ce semnifică faptul că scopul lor este de a limita atât de mult defectele de fabricație, încât probabilitatea producerii lor să ajungă, în termeni statistici, la un nivel de peste șase deviații standard – cu alte cuvinte, la o frecvență de circa una la un milion.

Desigur că pacienții sunt incomparabil mai complicați și particulari decât avioanele, iar medicina nu implică nimic din ceea ce ține de livrarea unui produs finit sau a unui catalog de obiecte; poate că e chiar mai complexă decât orice altă sferă de activitate umană. Și totuși tot ceea ce-am învățat în cursul ultimelor două decenii – din cele mai diverse domenii, cum sunt, de pildă, psihologia cognitivă, ingineria „factorilor umani” sau studiul dezastrelor, precum cele petrecute la Three Midle Island ori în Bhopal – ne conduce la aceleași concluzii: toate ființele umane fac greșeli și, în plus, le comit frecvent și într-o manieră predictibilă. Iar

sistemele care nu țin cont de aceste realități pot ajunge să exacerbeze erorile, în loc să le elimine.

Psihologul britanic James Reason afirmă, în cartea sa, *Human Error (Eroarea umană),* că predilecția noastră pentru anumite tipuri de greșeli reprezintă prețul pe care-l plătim pentru faptul că am fost dotați cu o remarcabilă capacitate de a gândi și de-a acționa ghidați de propria noastră intuiție – analizând și sortând rapid informațiile ce ne bombardează permanent simțurile, fără a ne mai irosi timpul încercând să găsim alte soluții pentru a ne descurca într-o nouă situație. Așadar, sistemele bazate pe perfecțiunea umană sunt caracterizate, după părerea autorului, de prezența „erorilor latente" – erori ce sunt pe cale să devină realitate. Medicina e plină de asemenea exemple. Să luăm, de pildă, cazul completării unei rețete, o procedură mecanică, bazată pe memorie și atenție, care știm cu toții că ne pot juca feste. Este inevitabil ca, uneori, un medic să treacă pe formular o doză greșită sau un medicament greșit.

Chiar și atunci când rețeta e scrisă corect, există riscul apariției unei erori la eliberarea medicamentelor. (Astfel de greșeli sunt aproape complet eliminate de către sistemul computerizat de comandă a medicației, care însă nu a fost adoptat decât de o mică parte a spitalelor.) Echipamentul medical, pe care producătorii îl fabrică, adesea, fără să aibă în vedere operatorii umani, implică, de asemenea, existența erorilor latente: unul dintre motivele pentru care doctorii pot avea probleme în timpul utilizării defibrilatoarelor cardiace îl constituie faptul că dispozitivele respective nu au un design standard. La fel, programul de muncă supraaglomerat și stresant, mediile de lucru haotice și comunicarea defectuoasă între membrii echipelor medicale reprezintă surse de erori latente în cadrul sistemului.

James Reason remarcă și un alt aspect important: dezastrele nu se produc, pur și simplu; ele sunt rezultatul unui cumul de factori. În sistemele complexe, o defecțiune izolată nu generează decât rareori efecte negative. Ființele umane au o capacitate impresionantă de a se replia atunci când sesizează apariția unei erori, iar sistemele și-au adaptat adesea propriile mecanisme de apărare. De pildă, medicația prescrisă de doctori trece atât prin filtrul farmaciștilor, cât și prin cel

al personalului din sectorul de asistență medicală. Dar greșelile nu sunt întotdeauna depistate pe loc și, din cauza erorilor latente, se întâmplă deseori ca nici sistemele de protecție să nu reușească să le sesizeze. Un farmacist uită să verifice una din o mie de rețete. Sistemul de alarmă al unui dispozitiv nu funcționează. Singurul medic curant disponibil în departamentul de urgențe este ocupat cu rezolvarea unui caz, în sala de operație. Cel mai adesea, lucrurile merg prost ca urmare a unei serii de eșecuri care contribuie la declanșarea unui dezastru.

M & M nu ține cont de niciunul dintre aspectele menționate până acum. De aceea, numeroși experți consideră că modul în care se ocupă de analiza malpraxisului și de îmbunătățirea calității actului medical nu se ridică la nivelul standardelor. Nu e suficient ca, pentru a desprinde învățămintele de rigoare dintr-un eșec, un clinician să fie întrebat ce anume ar fi putut sau ar fi trebuit să schimbe dacă ar fi avut de-a face cu un caz similar. Medicul este, adesea, doar veriga finală a unui lanț de evenimente a căror evoluție îl conduce spre o nereușită. Prin urmare, experții în problematica erorilor consideră că este necesar să se acorde mai multă atenție evaluării și corijării procesului în sine, nu indivizilor implicați în derularea lui. Într-un fel, ei vor să industrializeze medicina. Și pot aduce argumente în acest sens: de pildă, succesul „fabricii ultraspecializate” în operarea herniilor, reprezentată de spitalul Shouldice – și, extinzând acest exemplu la o scară mult mai largă, întreaga specialitate de anestezie a adoptat preceptele lor, obținând rezultate extraordinare.

În centrul emblemei Societății Americane a Anesteziștilor apare un singur cuvânt: „Vigilență”. Când este utilizată anestezia generală, medicul își asumă, practic, controlul asupra organismului bolnavului. Trupul devine inert, creierul e făcut să cadă în inconștiență, iar funcțiile vitale – respirația, ritmul cardiac și tensiunea arterială – sunt controlate artificial, prin conectarea pacientului la aparate. Dacă se au în vedere complexitatea mașinăriei și cea a organismului uman, există o infinitate de moduri foarte asemănătoare în care lucrurile pot lua o întorsătură proastă,

chiar și în mica chirurgie. Și totuși anesteziștii au constatat că, de obicei, dacă sunt depistate la timp, problemele pot fi rezolvate. În anii ’40, la fiecare două mii cinci sute de operații se înregistra un deces cauzat de anestezie, iar între 1960 și 1980, frecvența unor astfel de evenimente se stabilizase la unul, maximum două, la zece mii de intervenții chirurgicale.

Ellison (Jeep) Pierce însă a considerat întotdeauna că până și o asemenea rată este inacceptabilă. Încă din primul an al carierei sale (perioada anilor ’60), pe când lucra ca anestezist la Universitatea Pennsylvania, ținea evidența tuturor detaliilor referitoare la accidentele mortale datorate anesteziei pe care le-a întâlnit sau în care a fost implicat. Unul dintre cazurile consemnate de el l-a marcat însă în mod deosebit. Niște prieteni de-ai lui își aduseseră la spital fiica în vârstă de optsprezece ani, în vederea extracției măselelor de minte sub anestezie generală. Anestezistul i-a inserat tubul endotraheal la nivelul esofagului în loc de cel al traheii, o greșeală relativ frecventă, pe care însă nu a reușit să o depisteze, ceea ce nu mai e deloc ceva obișnuit. Privată de oxigen, fata a murit în numai câteva minute. Pierce știa că o rată de deces de unul la zece mii de cazuri de pacienți anesteziați, în condițiile în care, în SUA, se administrau anual treizeci și cinci de milioane de anestezii, însenina trei mii cinci sute de decese similare, ce puteau fi evitate.

În 1982, Pierce era ales vicepreședinte al Societății Americane a Anesteziștilor, ceea ce i-a oferit ocazia de a face ceva în legătură cu rata deceselor. În același an, emisiunea *20/20,* difuzată pe programul ABC al televiziunii americane, a transmis un expozeu care a agitat destul de mult spiritele specialiștilor anesteziști. În introducere se afirma: „Dacă vă aflați în situația de-a suferi o anestezie, aveți perspectiva unei lungi călătorii, pe care, dacă ați putea s-o evitați, n-ar trebui s-o faceți. De cele mai multe ori, anestezia generală [este] sigură, dar există pericole asociate, care sunt generate de eroarea umană, de neglijență, precum și de deficitul de anesteziști. Anul acesta, șase mii de pacienți vor muri sau vor suferi leziuni cerebrale.” Programul a prezentat mai multe cazuri terifiante, de pe întreg cuprinsul țării. În intervalul dintre crizele, de mică anvergură, declanșate de emisiunea respectivă și în

contextul creșterii vertiginoase a cotelor asigurărilor de malpraxis ale medicilor, Pierce a reușit să determine Societatea Americană a Anesteziștilor să dea o atenție specială problemei erorilor din medicină.

În acest scop, nu a solicitat sprijinul unui doctor, ci pe cel al unui inginer, Jeffrey Cooper, coordonatorul colectivului de autori al unui articol de mare răsunet, publicat în 1978, intitulat Accidentele nefericite, prevenibile, ale anesteziei: un studiu al factorilor umani". Cooper, un om meticulos și exigent, a fost angajat în 1972, la vârsta de douăzeci și șase de ani, de către departamentul de bioinginerie de la Massachusetts General Hospital, ca să lucreze în cadrul proiectului de dezvoltare a aparaturii necesare cercetătorilor din domeniul anesteziei. Simțea o atracție puternică față de ceea ce se întâmpla în sala de operație și petrecea ore în șir urmărind cu atenție activitatea anesteziștilor, unul dintre primele aspecte pe care le-a sesizat a fost designul slab al aparaturii de specialitate. De pildă, la aproape jumătate din aparatele utilizate, rotirea indicatorului unui cadran în sensul acelor de ceasornic scădea concentrațiile anestezicelor, dar le creștea, în cazul celeilalte jumătăți. Ca urmare, ca să înțeleagă în ce măsură erorile înregistrate în domeniul anesteziei erau datorate echipamentului specific, a decis să se inspire din metoda cunoscută sub numele de „analiza incidentelor critice" – utilizată încă din anii '50 pentru investigarea accidentelor petrecute în sfera aviației. Tehnica implică organizarea unor interviuri foarte riguroase, menite să furnizeze cât mai multe detalii posibile cu privire la incidentele cu grad ridicat de risc: ce fel de accidente au avut loc, în ce împrejurări și ce factori au contribuit la producerea lor. Informațiile obținute sunt folosite ulterior în scopul decelării unor modele repetitive.

Cel mai important este ca rapoartele referitoare la asemenea cazuri să fie transparente și corecte. Administrația Federală pentru Aviație din SUA a elaborat un sistem propriu de analiză și prezentare a incidentelor aviatice periculoase, a cărui reușită în ceea ce privește îmbunătățirea siguranței liniilor aeriene este explicată de două reglementări fundamentale: piloții care raportează un incident în termen de zece zile de la producerea lui beneficiază automat de

imunitate în fața justiției, iar rapoartele sunt direcționate către o agenție externă, neutră, NASA, care nu este interesată de utilizarea datelor respective împotriva pilotului implicat în evenimentul consemnat. Pentru Jeffrey Cooper a fost, probabil, un avantaj faptul că era inginer, nu medic, ceea ce-i făcea pe anesteziști să-l privească doar ca pe un cercetător discret, care nu reprezenta niciun fel de amenințare pentru ei.

Așa a apărut cea dintâi evaluare științifică riguroasă a erorilor din medicină. Analiza sa detaliată a trei sute cincizeci și nouă de greșeli a oferit o percepție inedită, fără precedent, asupra profesiei medicale. A fost demontată opinia generală potrivit căreia debutul unei anestezii („decolarea") era etapa cea mai periculoasă, specialiștii în domeniu aflând că, de fapt, incidentele aveau tendința să apară pe la jumătatea intervenției, când scade nivelul de vigilență. Cel mai obișnuit tip de incident implica fie erorile legate de menținerea funcției respiratorii a pacientului – datorate, în majoritatea cazurilor, faptului că nu se sesiza la timp deconectarea tubului endotraheal sau conectarea lui greșită, fie greșelilor de abordare a căilor aeriene ori celor determinate de manipularea necorespunzătoare a echipamentului specific. Cooper a întocmit, totodată, o listă a factorilor implicați în producerea greșelilor, care includea experiența neadecvată, cunoașterea insuficientă a aparaturii, deficiențele de comunicare între membrii echipei, graba, neatenția și oboseala.

Studiul a generat vii dezbateri în rândul anesteziștilor, însă până în momentul intervenției lui Pierce nu au existat demersuri concertate de rezolvare a problemei. Cu sprijinul societății de profil și, ulterior, cu cel al fundației pe care a înființat-o, Pierce a obținut fonduri pentru finanțarea cercetărilor ce urmăreau identificarea unor modalități de diminuare a neajunsurilor sesizate de Cooper, a sponsorizat o conferință internațională ca să adune opinii și sugestii ale specialiștilor din întreaga lume, a convocat proiectanții de echipamente pentru anestezie să participe la discuții pe tema siguranței.

Toate demersurile sale au dat rezultate. A fost scurtat programul de lucru al rezidenților din departamentele de anestezie.

Producătorii au început să-și reconfigureze aparatura ținând cont și de factorul uman, care poate greși. Au fost standardizate cadranele dispozitivelor, ca să se asigure o mișcare uniformă a acului indicator; au fost prevăzute sisteme de închidere, menite să împiedice administrarea accidentală a mai mult decât un gaz anesteziant; au fost schimbate dispozitivele de control, astfel încât fluxul de oxigen furnizat de aparat să nu coboare spre zero.

În situațiile în care erorile nu puteau fi eliminate direct, anesteziștii căutau mijloace performante de detectare precoce a acestora. De exemplu, dat fiind faptul că traheea și esofagul sunt situate atât de aproape una de alta, este aproape inevitabil ca, uneori, anestezistul să conecteze greșit tubul endotraheal. Specialiștii au verificat întotdeauna realizarea corectă a manevrei respective cu ajutorul unui stetoscop folosit pentru auscultația ambilor plămâni. Dar Cooper evidențiase un număr surprinzător de mare de accidente nefericite – precum cel petrecut în cazul fiicei prietenilor lui Pierce – ce implicau intubații nedepistate ale esofagului. Era nevoie de ceva și mai eficient. De fapt, monitoare pentru detectarea unui asemenea tip de eroare existau de foarte mulți ani, dar utilizarea lor era limitată, în parte și datorită cheltuielilor pe care le presupuneau. Un tip de monitor putea să controleze dacă tubul se afla în trahee prin verificarea prezenței dioxidului de carbon în aerul expirat din plămâni. Un alt tip, numit puls oximetru, urmărea concentrația oxigenului din sânge, ceea ce permitea semnalarea precoce a oricărei anomalii survenite la nivelul sistemului respirator al pacientului. Sub imboldul lui Pierce și al altor specialiști, societatea de anestezie a stabilit ca, pentru fiecare pacient supus anesteziei generale, să existe un standard oficial al utilizării ambelor tipuri de monitoare. În prezent, nu se mai semnalează, practic, niciun deces datorat deficiențelor de procedură din timpul anesteziei, precum conectarea greșită a sistemului de respirație sau intubarea esofagului în locul traheii. În decurs de un deceniu, rata globală de deces scăzuse la doar unul la peste două sute de mii de cazuri – ceea ce înseamnă mai puțin de a douăzecea parte din valoarea inițială.

Iar reformatorii nu s-au oprit aici. David Gaba, profesor de

anestezie la Stanfoid, a urmărit cu precădere îmbunătățirea performanței umane. În aviație, arată el, este recunoscut faptul că experiența piloților are un rol inestimabil, dar nu e suficientă: ei nu se mai confruntă, la ora actuală, decât rareori cu defecțiuni serioase ale aparatului de zbor. Ei sunt obligați, așadar, să efectueze, an de an, stagii de pregătire în cadrul simulatoarelor pentru situații de criză. De ce nu s-ar recurge și în cazul doctorilor la o abordare similară?

Gaba era un medic specializat și în domeniul ingineriei, care a lansat proiectul unui sistem de simulare a anesteziei, cunoscut sub numele de Eagle Patient Simulator. Este un manechin în mărime naturală, acționat de un computer, capabil să mimeze într-o manieră foarte realistă comportamentul uman. Are un sistem circulator, o inimă ce pulsează și plămâni care preiau oxigenul din aer și elimină dioxid de carbon. Dacă i se injectează medicamente sau i se administrează anestezice gazoase, poate detecta tipul și cantitatea preparatului respectiv, iar frecvența cardiacă, tensiunea arterială și valorile concentrației de oxigen se vor modifica în concordanță cu intensitatea stimulului introdus în sistem. Este posibil ca „pacientul” să dezvolte edem al căilor aeriene, hemoragii și tulburări cardiace. Manechinul este întins pe o masă de operație, într-o sală de simulare dotată cu un echipament identic celui utilizat în practica medicală. Este cadrul în care atât rezidenții, cât și medicii curanți învață cum să acționeze în tot felul de scenarii ale unor situații periculoase, uneori de-a dreptul ieșite din comun: defectarea unui aparat pentru anestezie, o pană de curent, un bolnav care intră în stop cardiac în timpul intervenției chirurgicale și chiar o pacientă care, în timpul unei operații cezariene, necesită traheotomie de urgență datorită închiderii căii aeriene.

Cu toate că anestezia ocupa, fără îndoială, prima poziție în cursa dedicată analizării și remedierii erorilor din „sistem”, există semne încurajatoare în acest sens și în cadrul altor specialități medicale. American Medical Association (Asociația Medicală Americană), de pildă, a înființat, în anul 1997, National Patient Safety Foundation (Fundația Națională pentru Siguranța Pacientului), iar Cooper și Pierce au fost invitați să facă parte din comitetul ei de conducere.

Fundația finanțează activitatea de cercetare, sponsorizează conferințe și încearcă să stabilească noi standarde pentru sistemele de emitere/primire a comenzilor de medicamente, ce pot reduce considerabil erorile legate de administrarea medicației – singurul tip de greșeală medicală comisă cel mai frecvent.

Chiar și în sfera chirurgiei au fost înregistrate unele progrese încurajatoare. De pildă, efectuarea unei operații greșite la nivelul unei părți neafectate a organismului a constituit o eroare rar întâlnită, dar care s-a repetat. De obicei, sancțiunea aplicată în asemenea cazuri consta în concedierea medicului vinovat. În ultima vreme însă, spitalele și chirurgii au început să recunoască faptul că simetria bilaterală a corpului uman permite prefigurarea erorilor. În anul 1998, American Academy of Orthopedic Surgeons (Academia Americană a Chirurgilor Ortopezi) a recomandat o modalitate simplă de prevenire a unor astfel de greșeli: marcarea, înainte de intrarea pacientului în operație, a părții corpului la nivelul căreia este prevăzut a se interveni chirurgical să devină o procedură standard în practica de specialitate.

Northern New England Cardiovascular Disease Study Group (Grupul Northern New England de studiu al bolilor cardiovasculare), cu sediul în Dartmouth, este un alt exemplu de succes profesional. Cu toate că nu se ocupă de investigațiile detaliate cu privire la malpraxis, din categoria celor inițiate de Jeffrey Cooper, grupul a arătat ce se poate face doar prin monitorizare statistică. Acest parteneriat, constituit din șase spitale, urmărește decesele și alte consecințe grave (de pildă, infectarea unei leziuni, hemoragiile necontrolate, accidentul vascular cerebral) datorate chirurgiei cardiace și încearcă să identifice diferiții factori de risc implicați. Cercetătorii din cadrul consorțiului au constatat, spre exemplu, existența unor valori relativ mari ale ratelor de deces în rândul pacienților la care, după operația de bypass, se instalase anemia. Problema fusese generată de soluția folosită pentru „pregătirea” dispozitivului inimă-plămâni{11}, fiindcă diluase sângele pacienților, iar efectul fusese cu atât mai puternic, cu cât talia acestora (și, implicit, aportul de sânge) era mai mic(ă). La ora actuală, membrii consorțiului au mai multe alternative promițătoare pentru

rezolvarea unui atare inconvenient. Un alt studiu a sesizat faptul că un grup din cadrul unui spital făcuse greșeli legate de „pasarea” responsabilității – să exemplificăm prin comunicarea rezultatelor preoperatorii personalului din sala de operație. Cercetătorii au rezolvat problema prin întocmirea unei liste de verificare pilot pentru toți bolnavii aduși în sala de operație. Demersurile menționate au introdus un nivel mai ridicat de standardizare a procedurilor, fapt în măsură să determine, în perioada 1991-1996, scăderea ratei de deces în cele șase spitale de la 4 procente la 3 la sută, ceea ce însemna o reducere cu două sute nouăzeci și trei a numărului de decese. Chiar și în condițiile în care sfera sa de interes și arealul tehnicilor de lucru utilizate sunt strict specializate, grupul Northern New England pentru studiul bolilor cardiovasculare rămâne însă o excepție; informațiile de fond despre cauzele producerii erorilor în medicină sunt, și în prezent, sporadice. Există un amalgam de date ce susțin posibila contribuție a greșelilor latente și a factorilor sistemici la apariția erorilor din domeniul chirurgiei: lipsa unor protocoale standardizate, a experienței chirurgilor și a spitalelor, aplicarea unor tehnologii și tehnici cu principii de funcționare necorespunzătoare, deficitul de personal, stadiul precar de dezvoltare a spiritului de echipă, momentul zilei ales pentru efectuarea operației, efectele sistemului de îngrijire a sănătății bazat pe controlul administrativ al costurilor serviciilor de asistență medicală primară și cele ale medicinei „corporatiste” și așa mai departe. Dar care sunt factorii de risc majori? Încă nu știm. Chirurgia, ca și majoritatea celorlalte specialități medicale, își așteaptă propriul său Jeffrey Cooper.

Era o banală operație de colecist, într-o zi ca oricare alta: pacienta, o mamă în vârstă de patruzeci de ani, avea corpul acoperit cu câmpuri sterile din hârtie bleu, cu excepția zonei rotunjite ombilicale, tamponată cu soluție antiseptică. Vezicula biliară este un sac alungit, de lungimea unui deget, care conține bila; are forma unui balon aplatizat, de culoare verde-măslinie și este situată sub ficat; când în interiorul ei se dezvoltă calculi biliari, ca în cazul pacientei în cauză, pot apărea pusee dureroase. Acestea urmau să

dispară îndată după îndepărtarea colecistului.

O atare operație comportă unele riscuri, care erau, cândva, mult mai mari decât în prezent. Cu doar un deceniu în urmă, chirurgii erau nevoiți să facă o incizie abdominală de aproximativ 15 cm, ceea ce impunea ca pacienții să fie ținuți în spital circa o săptămână, în vederea recuperării post-operatorii. La ora actuală am învățat să îndepărtăm colecistul cu ajutorul unei camere video miniaturale și al unor instrumente pe care le manipulăm prin intermediul unor incizii fine. Operația respectivă, ce presupune adesea aplicarea tratamentului chirurgical pe parcursul unei singure zile lucrătoare{12}, este cunoscută sub denumirea de colecistectomie laparoscopică. În prezent, o jumătate de milion de americani suferă, anual, astfel de intervenții chirurgicale; numai în cadrul spitalului în care lucrez sunt efectuate, în fiecare an, mai multe sute de colecistectomii laparoscopice.

Când medicul curant mi-a dat semnalul „începe”, am făcut o incizie fină, semicirculară, de 2,5 cm, exact deasupra ombilicului. Am disecat apoi țesutul adipos și pe cel muscular, până am ajuns în interiorul abdomenului; am fixat un „trocar”, lat de circa 0,6 cm, necesar pentru introducerea și extragerea instrumentelor. Am racordat la intrarea laterală a trocarului un tub de gaz prin care am injectat dioxid de carbon; gazul a ridicat peretele abdominal, destinzându-l ca un cauciuc. Am inserat camera video miniaturală. Pe un monitor, aflat la o distanță de cel mult un metru, a apărut imaginea intestinelor pacientei. Abdomenul fiind plin cu aer, aveam suficient spațiu de manevră, așa că am glisat camera spre ficat și am văzut vezicula biliară.

Am introdus încă trei trocare, prin incizii și mai mici decât cea anterioară, pe care le-am efectuat la distanțe egale una de alta, în formă de pătrat. Prin trocarele situate pe partea sa, medicul curant a introdus două instrumente lungi, numite pense – o versiune în miniatură a dispozitivului utilizat de vânzătorul unui raion de accesorii vestimentare pentru a da jos, de pe raftul cel mai de sus, o pălărie. Urmăream pe ecran întregul film operațional: cum a ajuns sub marginea ficatului, cum a prins vezicula biliară și a tracționat-o în sus, la vedere. Eram pregătiți să începem.

Îndepărtarea colecistului este destul de simplă. Se separă organul de pediculul cistic și de sursa de alimentare cu sânge și se trage „sacul” afara din abdomen printr-o incizie efectuată în proximitatea ombilicului. Se evacuează dioxidul de carbon din cavitatea abdominală, se retrag trocarele, se suturează pielea pe locul inciziilor mici, se aplică bandaje adezive și gata. Există totuși un pericol iminent: pediculul cistic este o ramură extrahepatică a unicului canal prin care ficatul elimină bila în intestin, în vederea digestiei grăsimilor, iar în cazul în care medicul lezează canalul biliar principal, bila se întoarce în ficat, începând să-l distrugă. Aproximativ 10-20 de procente dintre bolnavii cărora li se întâmplă așa ceva mor. La cei care supraviețuiesc se instalează adesea afectarea permanentă a țesutului hepatic, singura lor șansă fiind transplantul de ficat. Într-un tratat se menționa că „leziunile de la nivelul canalului biliar principal sunt generate, aproape întotdeauna, de incidentele intra-operatorii, ele dezonorând, prin urmare, profesia de medic chirurg”. Este o greșeală medicală indubitabilă și, ca orice echipă chirurgicală implicată în efectuarea unei colecistectomii laparoscopice, eram ferm decișI să evităm o asemenea eroare.

Cu ajutorul unui instrument pentru disecție, am îndepărtat straturile de țesut fibros (alb) și adipos (galben) ce acopereau zona de inserție a veziculei biliare. Acum îi puteam vedea zona gâtului și cea care se îngusta, formând un duct – un tub, nu mai gros decât tulpina unei margarete, care abia se întrezărea din masa de țesut, dar care, pe ecran, apărea mărit la dimensiunile unei țevi. Apoi, ca să ne asigurăm că aveam în fața ochilor canalul cistic, nu ductul biliar principal, am mai îndepărtat o porțiune de țesut din zona respectivă. Am făcut atunci, ca de obicei, o scurtă pauză, ca să discut cu medicul curant aspectele anatomice. Gâtul colecistului făcea legătura direct cu tubul pe care-l vizualizam. Așa că acela trebuia să fie ductul ce urma să fie secționat. Deși expusesem o porțiune destul de mare din el, tot nu vedeam deloc canalul biliar principal. Am convenit că totul părea că arată normal. „Dă-i drumul!” m-a îndemnat medicul curant.

Am introdus ușor port-clipul, un instrument pentru fixarea

strânsă a clipurilor metalice în formă de V pe orice suprafață. Am prins în obiectiv ductul și, tocmai când eram pe punctul de-a „trage”, am zărit, pe ecran, o mică formațiune rotundă, de grăsime, situată deasupra ductului. Nu părea să fie ceva ieșit din comun, dar parcă nu era tocmai în regula. Am încercat s-o împing în lateral cu vârful port-clipului; în locul unei sfere de mici dimensiuni a apărut însă, deodată, un întreg strat de țesut, iar sub el am văzut ductul, care avea o bifurcație. Am simțit că mi se oprește inima. Dacă n-ar fi existat acel detaliu în plus, aș fi disecat canalul biliar principal.

A fost un exemplu de eroare medicală paradoxală. Dacă stăpânesc bine o tehnică operatorie de finețe și acordă o atenție maximă tuturor detaliilor anatomice, chirurgii nu vor fi niciodată în situația de-a secționa canalul biliar principal. Este o paradigmă a unei erori evitabile. În același timp, studiile arată că până și cei mai experimentați specialiști provoacă un asemenea prejudiciu teribil o dată la circa două sute de colecistectomii laparoscopice. Cu alte cuvinte, poate că, atunci, aș fi reușit să evit producerea unui dezastru, dar tot s-ar fi găsit un statistician care să afirme că, oricât m-aș fi străduit, era aproape sigur că, de-a lungul carierei mele, voi comite o asemenea greșeală cel puțin o dată.

Nu înseamnă însă că nu mai e nimic de adăugat în această privință. Cel puțin așa consideră experții din domeniile psihologiei cognitive și al erorilor din industrie. Așa cum au demonstrat rezultatele studiilor pe care le-au efectuat în sfera anesteziei, este clar că ne putem îmbunătăți considerabil performanțele profesionale analizând metodologia de lucru, nu oamenii care o utilizează. Dar, chiar dacă polul lor de interes îl reprezintă sistemele și structurile, remediile valabile pentru aspectele industriale au niște limite clare. Ar fi îngrozitor dacă fiecare dintre noi, cei care practicăm profesia medicală, am renunța să mai credem în capacitatea de perfecționare a ființei umane. Poate că, potrivit statisticilor, va veni o zi când voi secționa canalul biliar principal al vreunui pacient, însă ori de câte ori efectuez o operație de colecist, nutresc convingerea că un efort de concentrare și de voință mă vor ajuta să contrazic calculul probabilităților. Nu e doar vanitate profesională aici. Este o latură intrinsecă a medicinei de bună calitate, chiar și în cadrul sistemelor

cu o „optimizare” ideală. Experiențele similare acelei colecistectomii laparoscopice m-au învățat cât de ușor pot surveni erorile, dar mi-au arătat și altceva: efortul propriu chiar contează, iar vigilența și atenția față de detaliile sesizate în ultimul moment te pot salva.

Așa se explică adesea de ce mulți doctori nu acceptă să vorbească despre „probleme de sistem”, „îmbunătățirea continuă a calității” și despre „procesul de re-inginerie.” Este limbajul convențional utilizat în cazul structurilor, nu al oamenilor. Nici eu nu fac excepție: și eu simt nevoia să mi se recunoască autonomia; de pildă, cea mai recentă situație în care am greșit mă duce cu gândul înapoi, în acea noapte de vineri, când eram de gardă la urgență. Îmi revin în minte clipele când stăteam aplecat, cu bisturiul în mână, peste trupul lui Louise Williams, cu buzele ei vinete-albăstrii și gâtul umflat, însângerat, care a încetat brusc să mai comunice cu exteriorul. Un inginer de sistem mi-ar fi propus, probabil, câteva schimbări utile de tehnică. Poate trebuia să fi avut la îndemână un dispozitiv de aspirare de rezervă și o sursă mai bună de lumină. Poate că instituția ar fi trebuit să-mi asigure o pregătire mai temeinică pentru a face față unor asemenea situații de criză sau ar fi putut să-mi impună să exersez pe un număr mai mare de capre. Poate că, indiferent de împrejurări, traheotomiile sunt atât de dificile, încât era preferabil să fie proiectat un dispozitiv automatizat mai performant, care să permită evitarea unor astfel de erori.

Și totuși, chiar dacă probabilitatea unui succes era practic nulă, nu era o situație care mi-ar fi anulat șansa unei operații reușite. A fi un chirurg bun înseamnă să-ți exploatezi la maximum îndemânarea, iar eu am eșuat. Ceea ce nu poate fi contestat este faptul că nu am solicitat ajutor atunci când trebuia și că nu am fost sigur pe mine atunci când am făcut incizia orizontală la nivelul gâtului. Doar norocul – al ei și-al meu – a făcut ca dr. O’Connor să-i insereze cumva, la timp, un tub endotraheal.

Există tot felul de motive care ar justifica injustețea suspendării licenței mele de practică sau a deferirii cazului meu spre justiție. Ele nu mă absolvă de greșeala comisă. În abordarea problematicii erorilor medicale, M & M are destule limitări, dar faptul că-și susține cu îndârjire principiile etice ale responsabilității personalului

medical față de propriile erori constituie o calitate formidabilă. Indiferent ce măsuri s-ar lua, medicii greșesc uneori și nu e deloc rezonabil să li se impună să atingă perfecțiunea. Este rezonabil, în schimb, să li se ceară să nu înceteze să aspire la îndeplinirea unui asemenea obiectiv.

Nouă mii de chirurgi

„Mergi la adunarea generală?” m-a întrebat medicul curant.

„Eu?” m-am mirat. Se referea la apropiata adunare generală organizată de American College of Surgeons (Colegiul American al Chirurgilor). Nici nu-mi trecuse vreodată prin minte că aș fi putut să particip și eu.

Adunările generale sunt evenimente foarte importante în medicină. Părinții mei au fost participanți fideli, vreme de treizeci de ani, la întrunirile colegiilor cu specialitatea fiecăruia dintre ei, și mi-am adus aminte, destul de vag, din cele câteva ocazii în care, copil fiind, m-au luat cu ei, cât de multă lume era acolo și ce grandioasă mi se părea atmosfera. Mă obișnuisem să văd cum, pe la jumătatea lui octombrie, când toți chirurgii își făceau bagajele ca să participe în masă la reuniunea lor anuală, în timp ce noi, rezidenții, rămâneam pe loc, alături de o mână de medici curanți mai lipsiți de noroc (de regulă, dintre cei mai tineri), ca să asigurăm îngrijirea pacienților cu traumatisme și a altor cazuri urgente care apăreau în permanență. O bună parte din timpul petrecut în spital se stătea în incinta destinată rezidenților – o vizuină întunecoasă și umedă, dotată cu o mochetă temă, maro, pe jos, o canapea dărăpănată, o râșniță stricată, ambalaje goale de apă minerală și două televizoare –, în fața singurului televizor în stare de funcționare, urmărind finala etapei de baseball și savurând mâncare chinezească adusă la comandă.

În fiecare an însă, mai mulți rezidenți din anul terminal de pregătire aveau posibilitatea să se alăture participanților la importantul eveniment. Iar în anul șase mi s-a comunicat și mie că ajunsesem la stadiul de instruire care-mi permitea să fiu și eu unul dintre cei aleși. Spitalul avea o mică rezervă de fonduri alocate pentru decontarea deplasării. În numai câteva zile aveam deja bilet de avion spre Chicago, rezervare la Hyatt Regency și ecuson de

participare la cea de-a optzeci și șasea ediție a Clinical Congress of Surgeons (Congresul de Chirurgie). Abia când, instalat într-un Boeing 737, survolam regiunea statului New Hampshire, la o altitudine de cinci mii de metri înălțime, lăsându-mi soția acasă să aibă singură grijă de cei trei copii ai noștri, am început să mă gândesc, în sfârșit, care sunt, în fond, motivele participării la asemenea evenimente.

Ajuns la impresionantul sediu al congresului, Mecormick Place, din Chicago, am constatat că nu eram decât unul dintre cei nouă mii trei sute doisprezece participanți. (Evidența zilnică a noilor sosiți era prezentată prompt în ziarul cotidian editat de organizatori.) Clădirea avea o arhitectură asemănătoare cu cea a terminalului unui aeroport și îți crea sentimentul că te afli în Penn Station{13} la o oră de vârf. Am urcat cu liftul până la un nivel situat deasupra holului principal și am aruncat o privire asupra întregului loc. Am avut senzația că în acea clădire erau adunați la un loc, ca să discute despre chirurgie, tot atâția oameni câți trăiau în toate orașele din Ohio pe vremea copilăriei mele. Doctorii – în majoritatea lor bărbați, cel mai frecvent de vârstă mijlocie, fără o ținută prea elegantă, cu sacouri bleumarin, cămăși ușor șifonate și cravate standard – erau angajați în conversații, în grupuri de câte două-trei persoane, împărțind în stânga și-n dreapta zâmbete, strângeri de mâini, saluturi. Aproape toți purtau ochelari și aveau o alură ușor încovoiată, ca și când ar îi stat aplecați deasupra mesei de operație. Unii stăteau singuri, răsfoindu-și pliantele cu programul reuniunii, ca să decidă ce să vadă și ce să facă mai întâi.

Fiecăruia dintre noi i se dăduse, la sosire, o broșură cu trei sute optzeci și opt de pagini unde erau prezentate manifestările la care puteam participa – începând cu un curs, programat chiar în acea dimineața, despre tehnica modernă a prelevării biopsiilor de țesut mamar sub ghidaj imagistic, la raportul oficial al comisiei, din cea de-a șasea și ultima zi, intitulat „Tratamentul ambulatoriu al patologiei anorectale – Ce perspective avem?” în cele din urmă, m-am așezat și eu undeva, trecând în revistă broșura, pagină cu pagină, și încercuind cu un pix albastru tot ceea ce-mi atrăgea

atenția. Ajunsesem la concluzia că era locul în care puteau fi aflate ultimele noutăți în domeniu – un context aproape ideal pentru deprinderea celor mai performante abordări –, așa că am considerat că aveam chiar obligația de-a participa la cât mai multe prezentări. Numai în prima dimineață am avut de ales din peste douăzeci de programe ce păreau foarte instructive. Am stat în cumpănă dacă să merg la o conferință despre metodologia cea mai adecvată de disecare a gâtului sau o sesiune de comunicări despre stadiul actual al abordării terapeutice a plăgilor craniene prin împușcare, dar în final, am decis să particip la o masă rotundă pe tema metodologiei optime de corectare a herniilor inghinale.

Am ajuns devreme, însă cele o mie cinci sute de locuri ale sălii erau toate ocupate. Herniile constituiau un pol de interes general. M-am alăturat unui grup care stătea în picioare, de-a lungul peretelui din fundul sălii. Vedeam cu greutate podiumul din fața, însă pe un ecran video uriaș erau proiectate prim-planuri ale fiecăruia dintre vorbitori. Au luat cuvântul, succesiv, unsprezece chirurgi, care și-au prezentat expunerile în Powerpoint și au comentat datele.

Cercetările noastre indică, a spus cel dintâi vorbitor, că metoda Lichtenstein este cea mai sigură modalitate de corectare a herniilor. Nu, a replicat al doilea, metoda Lichtenstein este neadecvată; tehnica Shouldice s-a dovedit a fi superioară. A ieșit atunci la rampă cel de-al treilea chirurg: Niciunul dintre voi n-are dreptate – ar trebui să fie aplicată laparoscopia. S-a ridicat în acel moment și un alt specialist: abordarea mea e și mai bună – folosesc un dispozitiv special, iar întâmplarea face să fiu chiar eu autorul patentului. Așa au decurs lucrurile timp de două ore și jumătate. Din când în când, spiritele se înfierbântau. Dinspre audiență erau trimise întrebări săgetătoare. Și nu se ajungea la niciun răspuns. Cu toate acestea, la sfârșit, sala era la fel de plină ca la început.

După-amiază am intrat la programul de filme. Organizatorii amenajaseră trei săli de proiecție a câte trei sau patru sute de locuri, pentru difuzarea, pe tot parcursul zilei, pe întreaga durată a congresului, a unor imagini filmate în timpul unor operații reale. Am intrat și eu într-o astfel de sală și am fost pe dată captivat de

ceea ce vedeam. Am văzut operații îndrăznețe, operații simplificate, operații simple, dar ingenioase. Primul film pe care l-am prins rulând era de la Memorial Sloan Kettering Cancer Center (Centrul de Oncologie Memorial Sloan Kettering) din Manhattan. Începea cu focalizarea asupra cavității abdominale a unui pacient. Chirurgul, a cărui prezență era sugerată doar prin imaginea mâinilor acoperite de o pereche de mănuși însângerate, încerca să efectueze o intervenție extrem de dificilă și periculoasă – excizarea unui cancer ce afecta coada pancreasului bolnavului. Tumora era situată profund, într-un spațiu marcat de anse intestinale, o rețea dantelată de vase de sânge, stomac și splină. Dar medicul lăsa impresia că extirparea ei nu era decât o joacă. A tras cu o mișcare rapidă vasele fragile și a disecat o porțiune de țesut de ordinul milimetrilor din organele vitale. Ne-a arătat apoi câteva trucuri ca să evităm eventualele neplăceri, iar în imaginea următoare avea deja pe tavă o jumătate din pancreas.

Într-un alt film, o echipă din Strasbourg, Franța, a excizat un cancer de colon situat într-un plan profund al regiunii pelviene a unei paciente, după care a reconectat cele două capete ale intestinului exclusiv prin abord laparoscopic – prin mici incizii, care n-au necesitat decât aplicarea unor bandaje adezive de tip Band-Aids. Medicii aceia făcuseră o ispravă uluitoare, un adevărat număr de iluzionism demn de faima lui Houdini – ca și când ar fi încercat să scoată dintr-o sticlă macheta unei nave și să modeleze în locul ei, numai cu ajutorul unor bețe de lemn chinezești, un vehicul cu motor funcțional. Audiența rămăsese fascinată de ceea ce văzuse.

Cel mai elegant clip a fost însă cel oferit de un chirurg din Houston, Texas, care a dezvăluit secretele procedurii de corectare a unei deformații a esofagului, cunoscută sub denumirea de diverticul Zenker. O asemenea intervenție implică, de obicei, o durată operatorie de minimum o oră și o incizie pe partea laterală a gâtului. În filmul prezentat însă, chirurgul a reușit s-o efectueze în numai cincisprezece minute, prin orificiul bucal, fără niciun fel de incizie. Am zăbovit în sala de proiecție vreme de aproape patru ore. Iar când s-au aprins luminile, am ieșit afară tăcut, clipind des, ca să mă acomodez din nou cu lumina zilei, și copleșit de impresii.

Secțiunile clinice erau programate, în fiecare zi, până la ora 22:30 și păreau că vor decurge toate într-o notă similară primelor două la care participasem – îmbinând pedanteria cu sublimul, banalul cu excepționalul. Era însă greu de estimat dacă întregul congres fusese prevăzut să includă cu precădere astfel de programe. Se putea sesiza destul de repede faptul că o reuniune de asemenea proporții avea, în aceeași măsură, o latură comercială și una academică. Reclamele ce promovau, în premieră absolută, noutăți tehnice nemaipomenite – un dispozitiv pentru sutura țesuturilor care nu necesită copci, un instrument ce funcționează pe bază de fibră optică și permite o vizualizare tridimensională – rulau zi și noapte pe ecranul televizorului din camera mea de hotel, ba chiar și pe cel amplasat în autobuzul care efectua transportul la și de la centrul de conferințe. Companiile de medicamente și cele de aparatură medicală ofereau zilnic invitații gratuite la o cină târzie în oraș. Și erau prezenți la eveniment peste cinci mii trei sute de agenți de vânzări de la vreo mie două sute de companii participante – astfel că raportul dintre agenții de vânzări și chirurgi era de peste unul la doi.

Piesa de rezistență a activității lor o constituia un hol ce găzduia o bogată „expoziție tehnică”, de dimensiunile unui teren de fotbal, în care își instalaseră standuri pentru expunerea obiectelor promovate. Termenul de „stand” nu e deloc adecvat pentru a reda conceptul acelor firme. Erau, de fapt, două chioșcuri înalte de două etaje, cu spoturi luminoase, dispuse pe cadre din inox, destinate prezentărilor multimedia – una dintre companii amenajase chiar un bloc operator complet. Chirurgii sunt oameni care cumpără foarfece de două sute de dolari bucata, depărtătoare abdominale în valoare de șaisprezece mii de dolari și mese de operație de cincizeci de mii de dolari. Așa că procesul de seducție poate avea un ritm intens și o evoluție minuțios urmărită.

Era, în același timp, inevitabil. Organizatorii congresului le puseseră la dispoziție-sau, mai precis, le vânduseră – agenților de vânzări cel mai bun amplasament din incinta centrului: spațiul lor expozițional era situat lângă biroul pentru recepția participanților, ceea ce-i conferea un dublu avantaj: sărea imediat în ochii fiecărui

nou-venit și constituia singura noastră cale de acces către sălile de postere științifice. Trecând și eu pe-acolo, în după-amiaza următoare, ca să vizitez o expoziție de biologie moleculară, n-am reușit defel să ajung până în capătul celălalt La fiece pas dădeai cu ochii de ceva pentru care merita să te oprești.

Uneori erau doar niște obiecte de duzină, gratuite. Erau oferite gratis mingi de golf, stilouri, markere, căști de baseball, suporturi de mouse, acadele – toate aveau înscrise pe ele, desigur, marca firmei care-și făcea reclamă și erau înmânate celor interesați odată cu discursul de rigoare și cu o broșură referitoare la vreo nouă tehnologie promovată de compania respectivă. Veți fi tentați să credeți, poate, că chirurgii cu salarii de șase cifre sunt insensibili față de un asemenea tip de „mită” neînsemnată. V-ați înșela însă. Un producător de medicamente, de pildă, ce părea să aibă unul dintre cele mai intens solicitate standuri din zonă, împărțea în stânga și-n dreapta pungi promoționale de proporții generoase, pe a căror lungime era inscripționată, cu litere mari, albastre, denumirea medicamentului lansat în cadrul acelei campanii. Doctorii s-au așezat la coadă ca să capete câte o pungă, chiar și dacă pentru asta erau nevoiți să-și lase numărul de telefon și adresa, animați fiind doar de dorința de-a obține ceva în care puteau să-și țină obiectele promoționale adunate de peste tot. (Mi s-a întâmplat să aud totuși cum un medic comenta, nemulțumit, că actualele oferte gratuite nu erau la fel de tentante precum cele din anul precedent. Spunea că, odată, căpătase o pereche de ochelari de soare.)

Uneori, companiile utilizau pentru a-i atrage pe chirurgi metode subliminale și mai subtile – de pildă, „decorarea” unui stand cu trei tinere surâzătoare. „Ne-ați văzut pielea?” mi s-a adresat, cu o voce vaporoasă și suavă, o brunetă cu picioare lungi și gene lungi, întoarse. Se referea la noua gama de piele artificială, produsă de compania pe care o reprezenta, pentru pacienții cu arsuri, dar cum aș fi putut să-i rezist? Mi-aduc aminte doar că m-am trezit încercând să apuc cu o pensă o fâșie de piele artificială, albă, aproape translucidă, aflată într-un vas Petri (o bucată costa nouăzeci și cinci de dolari), și gândind în sinea mea: „De fapt, chestia asta e destul de bine executată.”

Companiile aplicau însă cu maximum de eficiență o tactică simplă, care consta în etalarea propriilor produse și lăsarea lor la dispoziția chirurgilor. Agenții de vânzări scoteau la vedere o tavă cu carne crudă, pentru a-și lansa cea mai recentă ofertă, iar noi ne îngrămădeam în jurai lor ca un stol de ciori. În acea după amiază am fost amăgit de un curcan proaspăt, cu pielea aurie, de vreo șase kilograme, ce trona pe o tavă de prăjituri (cost aproximativ: cincisprezece dolari) și de o gamă de bisturie armonice (cost: circa cincisprezece mii de dolari) – bisturie electronice pe bază de ultrasunete. Instalat în dreptul unui paravan de sticlă, am avut, preț de zece minute, fericitul prilej de-a diseca straturile de piele și mușchi de curcan, ridicând porțiuni subțiri sau groase de țesut, experimentând incizii complicate și testând diferitele modele. La un alt stand, mi-am pus o pereche de mănuși chirurgicale și am încercat să închid, cu ajutorul unui nou tip de fir de sutură în valoare de cincizeci de dolari metrul, incizia executată pe o bucată de carne de pui. Eram așa de încântat că pot să exersez diverse tehnici de sutură, încât cred c-aș mai fi stat vreo jumătate de ora dacă n-ar fi fost la rând, așteptând să treacă în locul meu, încă patru chirurgi. În cursul după-amiezii am cauterizat incizii efectuate pe calea clasică a bisturiului rece, am utilizat cel mai performant echipament laparoscopic pentru îndepărtarea „pietrelor la vezica biliară” din abdomenul unui manechin și am folosit un dispozitiv automat de sutură pentru închiderea unei plăgi de la nivelul unei bucăți de piele cu un aspect ciudat, a cărei origine era mai greu de identificat. (Atitudinea rezervată a agentului de vânzare – cam timid – m-a împiedicat să aflu ce proveniență avea.)

Abandonând definitiv ideea de-a mai face și altceva în acea zi, am localizat un grup masiv de vreo cincizeci de chirurgi îngrămădiți în preajma unui ecran de proiecție și a unui bărbat îmbrăcat în costum și dotat cu o cască cu microfon. M-am apropiat ca să aflu ce anume putea să capteze interesul atâtor oameni și am văzut că urmăreau cu toții, în direct, filmul unei operații practicate undeva, în Pennsylvania se pare, în scopul excizării unei formațiuni hemoroidale interne cu prolaps, de mari dimensiuni. Producătorul promova un nou model de dispozitiv (cu un cost de două sute

cincizeci de dolari) care pretindea că scurtează durata obișnuită a procedurii de la o jumătate de oră la mai puțin de cinci minute. MC-ul[{14}] prelua întrebările puse de public, interceptate prin casca microfonului, și le adresa chirurgului aflat la o distanță de câteva mii de mile.

„Acum faceți o sutură în bursă?” a întrebat MC-ul.

„Da”, a răspuns chirurgul. „Fac o sutură în bursă în cinci sau șase puncte, la o distanță de doi centimetri de la baza hemoroizilor.”

Apoi a îndreptat dispozitivul spre cameră. Era alb, strălucitor, încântător. Eram cu toții extaziați, așa că nimeni n-ar mai fi dat curs dorinței, nobile de altfel, de-a verifica dacă existau, într-adevăr, date concludente cu privire la utilitatea, eficiența și precizia noii tehnologii.

După ce s-a încheiat spectacolul, am observat, la numai câțiva pași de mine, un bărbat cu un aer abătut și fața ciupită de vărsat, îmbrăcat într-un costum mototolit, care stătea stingher în dreptul unui stand metalic. Lumea trecea pe lângă el fără să-și abată nici măcar pentru o clipă privirea spre ceea ce avea de oferit. Standul lui nu era dotat nici cu ecrane video, nici cu ancadramente din inox ori cu *tee-uri* de golf inscripționate, gratuite – nu exista decât un marcaj simplu, scris la calculator, pe o foaie de hârtie fără antet (pe care scria doar „Scientia”) și câteva sute de cărți vechi de chirurgie. Cuprins de compasiune, m-am oprit să le răsfoiesc și-am rămas surprins de ofertă. Avea, de exemplu, varianta originală a celor 1 867 de articole ale lui Joseph Lister, în care acesta își prezenta în detaliu propria metodă, revoluționară, de utilizare a unui antiseptic de uz general în chirurgie. Mai avea prima ediție, din anul 1924, a colecției de lucrări științifice ale marelui chirurg William Halsted, precum și versiunea originală a volumului de rezumate al primei conferințe mondiale pe tema transplantului de organe, din 1955. Avea, de asemenea, un catalog de instrumente chirurgicale din 1899, un tratat de chirurgie de acum două secole și o reproducere completă a unui text medical al lui Maimonides. Avea până și jurnalul unui chirurg înrolat în Armata Unionistă din Războiul Civil american, apărut în 1863. Dădusem peste un adevărat tezaur, ascuns privirilor printre lăzile și rafturile acelea; mi-am petrecut tot restul

după-amiezii cufundat în lectură.

Pe măsură ce răsfoiam paginile îngălbenite și fragile, căpătăm sentimentul că descoperisem o oază de puritate. Pe toată perioada desfășurării congresului – mai ales când mă aflam în zona comercială, dar și în sălile de conferințe – m-am surprins stând tot timpul cu garda pusă, atent la orice posibilitate de-a fi luat pe sus, de cineva. Existau, fără îndoială, și medicamente, instrumente ori echipamente noi de o certă și reală valoare. Era însă greu să le identifici într-o asemenea atmosferă regizată, chiar opulentă. Mi-am dat seama că standul acelui anticar era, realmente, demn de toată prețuirea.

Mai era un loc unde puteai avea certitudinea că vei găsi lucruri deosebit de interesante. La o distanță apreciabilă de holurile principale – unde aveau loc proiecțiile de filme, demonstrațiile practice și vânătoarea agenților de vânzare – se afla un grup restrâns de săli de ședință, unde erau organizate „Forumurile de Chirurgie". Manifestările respective reuneau, zilnic, cercetători din cele mai diverse domenii, care-și prezentau activitatea curentă. Era abordată o paletă largă de subiecte, de la genetică la imunologie, fizică ori statistici populaționale. Dezbaterile implicau un număr mic de participanți, iar nivelul celor mai multe dintre ele mă depășea: în zilele noastre, nici măcar terminologia de bază utilizată în domeniile respective nu poate fi înțeleasă așa cum se cuvine. Asistând la discuțiile dintre oamenii de știință^ mi-am făcut totuși o idee despre stadiul actual al cunoștințelor de specialitate, ca și despre perspectiva frontierelor ce puteau fi atinse.

Unul dintre subiectele intens dezbătute în acel an era ingineria tisulară, o direcție de cercetare ce viza înțelegerea mecanismelor de dezvoltare a organelor și utilizarea, într-un viitor apropiat, a cunoștințelor astfel dobândite pentru biosinteza unor noi organe, ce le-ar putea înlocui pe cele lezate sau bolnave. Era foarte clar că progresele înregistrate aveau un ritm surprinzător de rapid. Cu doi ani în urmă, toate ziarele înfățișau imagini ale faimoasei urechi sintetizate într-un vas Petri și implantate, ulterior, pe spatele unui șoarece. Structurile mai complexe însă – și, cu siguranță, studiile

clinice pe subiecți umani – păreau, atunci, obiective îndepărtate, estimate a fi atinse, cel mai devreme, abia în circa zece ani. Acum însă, oamenii de știință prezentau fotografii de valve cardiace, de vase sangvine de diverse lungimi și de segmente de intestin sintetizate în propriile lor laboratoare. Discuțiile nu mai erau centrate pe problemele de metodologie, ci pe aspecte legate de îmbunătățirea acesteia. Valvele cardiace, de pildă, se comportau excelent când erau grefate într-un cord de porc, dar nu aveau o durată corespunzătoare utilizării lor la oameni. La fel stăteau lucrurile și în cazul segmentelor de intestin – transplantate în organismul unui șoarece, se dovedeau a se adapta uimitor de bine, în timp ce la om nu aveau o capacitate adecvată de absorbție a factorilor nutritivi, așa încât se impunea găsirea unor soluții optime pentru sintetizarea unor astfel de grefe de dimensiuni mari (exprimate în metri, nu în centimetri). De altfel, cercetările unei echipe din cadrul Spitalului Cedars-Sinai din Los Angeles au ajuns la stadiul de experimentare, pe subiecți umani, a unui ficat obținut prin tehnici de bioinginerie.

Oamenii de știință au prezentat date obținute de la primii doisprezece pacienți ai lor. Fiecare dintre ei ajunsese în faza cea mai avansată a deteriorării ficatului, cea de insuficiență hepatică, stadiu în care decedau, de regulă, 90 de procente dintre bolnavii aflați pe lista celor ce așteptau un transplant. Conform opiniei exprimate de cercetători, utilizarea organului obținut prin bioinginerie le permitea însă tuturor să supraviețuiască până la momentul găsirii unui donator – în multe cazuri, cel puțin zece zile, ceea ce era o realizare fără precedent. Și mai remarcabil era faptul că patru pacienți care ajunseseră în stadiul final, al insuficienței de organ, datorită supradozării medicamentoase, n-au mai avut nevoie de transplant. Ficatul artificial funcționase, în cazul fiecăruia dintre ei, un timp suficient de îndelungat ca să le asigure recuperarea și regenerarea integrală a funcției hepatice proprii. În timp ce ascultam prezentările, mă cuprinsese o stare de beatitudine, dându-mi seama ce putuseră să facă acei doctori.

Și-am început să mă-ntreb dacă același sentiment îl vor fi trăit și colegii lui Joseph Lister, de la Royal Collège of Surgeons (Colegiul

Regal al Chirurgilor), în momentul când, acum aproape un secol și jumătate, își prezenta, pentru prima oară, rezultatele cercetărilor referitoare la antiseptice.

Oare ce anume îi îndemnase pe chirurgi să vină cu miile într-o urbe supraaglomerată ca Chicago, unde cu greu se mai putea găsi un loc de cazare? Dorința de-a dobândi noi cunoștințe teoretice și practice, spectacolul publicitar, cercetarea? Orașul găzduia, în aceeași perioadă, și un alt congres: Congresul Mondial de Relații Publice, „reuniunea anuală a specialiștilor în domeniul relațiilor publice din întreaga lume". (Tema era: „Să ne consolidăm talentul într-o lume a competițiilor dure".) Și evenimentul respectiv se bucura de o aceeași participare masivă. Hotelurile erau pline deopotrivă de chirurgi și de specialiști în relații publice (PR – Public Relations). Până și structura programelor noastre era aproape identică. Și ei, ca și noi, aveau o mulțime de sesiuni educaționale – workshop-uri dedicate managementului crizei din sfera relațiilor publice pe Internet și inițierii propriei firme de PR, sau o conferință intitulată „Imperativul conferinței: Un instrument cost-eficiență pentru abordarea țintită a clienților și a presei". Și ei alocaseră o zi întreagă pentru prezentarea rezultatelor activității de cercetare. Aveau reclame peste tot, iar holul de la intrare era plin de expozanți care reprezentau diverse firme de PR, servicii mediatice și producători de faxuri ultraperformante. Săptămâna lor s-a încheiat, ca și a noastră, cu prelegerea rostită de o semicelebritate în domeniu. Elementele componente ale celor două congrese aveau similitudini atât de izbitoare, încât erai nevoit să te gândești că ele constituiseră principalul punct de atracție. Cu toate acestea, când am vizitat, de curiozitate, sediul congresului vecin, am constatat că sălile lor de ședințe nu erau decât cel mult pe jumătate pline, iar cei care trebuiau să fie înăuntru se aflau pe holuri. Până și în cadrul congresului nostru se putea percepe acel entuziasm față de însușirea rapidă a unor informații din domenii cvasinecunoscute. Către mijlocul săptămânii nu mai era o problemă să găsești un loc liber la prelegeri. Iar dintre cei care luau parte la ele, o mare parte fie moțăia, fie pleca înainte de final ca să colinde coridoarele.

În accepțiunea antropologului Lawrence Cohen, conferințele și congresele nu constituie neapărat niște evenimente academice, ele având, mai degrabă, aerul unor carnavaluri – „evenimente de proporții impresionante, în care caracterul științific al programelor este pus în umbră de strategiile profesionale, de statutul ritualic al arealului specific fiecărei discipline în parte, de ambiguitățile sexuale, de turism și comerț, de rivalitățile personale și naționale, de cultivarea și încurajarea afinităților profesionale și de supradimensionarea discursurilor". Cu siguranță, o asemenea caracterizare pare a fi potrivită și în cazul chirurgiei. La scurt timp după începerea congresului, era ușor de sesizat faptul că unii veniseră numai ca să fie văzuți, iar alții, doar ca să-și facă remarcat numele; mai exista, desigur, și categoria celor animați de dorința de-a savura întregul spectacol. Și aveau ce vedea: lupte aprige pentru obținerea unei poziții de conducere (erau aleși, de fiecare dată, un nou președinte și un nou prezidiu) și întâlniri confidențiale ale „aristocrației" medicale; reuniuni organizate cu ocazia terminării rezidențiatului; cine seara târziu la Spago{15} și, cum altfel, povești de dragoste.

Chiar dacă asta era realitatea, fiecare dintre cei prezenți la un astfel de eveniment era conștient de faptul că, dincolo de aerul lui de carnaval, exista o miză mai profundă. Că așa stăteau lucrurile o demonstra, de pildă, chiar atmosfera din autobuzele de cursă lungă ce ne facilitau, zilnic, transportul între sediul congresului și hotelurile unde eram cazați. (Semănau cu cele care deservesc cursele Greyhound către Atlantic City, doar că ale noastre erau dotate cu minitelevizoare ce difuzau reclame la „Fermoarul Chirurgical".) Stăteam unii lângă alții, fără să ne cunoaștem între noi – nu mi s-a întâmplat niciodată să văd o figură cunoscută în vreunul dintre acele autobuze; dar dac-am fi fost priviți, n-am fi dat deloc impresia că eram doar niște străini. Să ne gândim, de pildă, la simplul fapt al ocupării locurilor într-un mijloc de transport. În mod obișnuit, oamenii care călătoresc cu autobuzul, cu avionul sau cu trenul se împrăștie de la un capăt la altul al vehiculului aidoma polilor unui magnet, păstrând acea distanță impersonală între doi necunoscuți și stând pe aceeași banchetă numai dacă nu au de-ales.

În autobuzele noastre însă, ne-am pomenit că preferam să ne așezăm unul lângă altul chiar dacă existau și locuri goale. Se renunțase cumva, tacit, la convențiile sociale. Într-un autobuz oarecare, din rețeaua de transport în comun a orașului Chicago, ai fi simțit un soi de amenințare fizică dacă ai fi văzut că un străin se postează alături de tine, deși trei sferturi dintre locurile disponibile erau goale. În cazul nostru, dimpotrivă, mult mai stingher ar fi fost cel care ar fi decis să stea deoparte. Erai printre ai tăi, aveai sentimentul că ești legat de ei, deși nu cunoșteai personal pe nimeni. Simțeai nevoia să-i saluți. Și, într-adevăr, ar fi fost nepoliticos să nu procedezi așa.

Într-o zi, m-am așezat lângă un bărbat de vreo patruzeci și ceva de ani, care purta un sacou și o cămașă deschisă la gât. Am intrat repede în vorbă unul cu celălalt. Am aflat că era dintr-un oraș cu trei mii cinci sute de locuitori, situat în extremitatea nordică a peninsulei Michigan, unde practica, alături de singurul coleg de breaslă din zonă, chirurgia generală, deservind populația de pe o raza de circa 100 de kilometri. Doar ei amândoi se ocupau de toate cazurile, de la accidentele rutiere la ulcerele perforate, operațiile de apendicită, cancerele de colon ori cele de sân, ba asistau chiar și nașterile în urgență. Mi-a spus că se stabilise acolo acum aproape douăzeci de ani și, exact ca părinții mei, era originar din India. M-a impresionat faptul că învățase să se adapteze la condițiile de iarnă. I-am povestit și eu cum deciseseră ai mei, cu vreo trei decenii în urmă, unde să-și practice meseria – aveau de optat între Athens, Ohio, și Hanock, Michigan, situat în regiunea superioară a peninsulei. S-au îmbarcat într-un aeroplan și au pornit spre Hanock; când au ajuns, pe la jumătatea lui noiembrie, străzile orașului erau acoperite de un strat gros de zăpadă. După ce a coborât din avion în sariul cu care era îmbrăcată, mama a șters imediat acel loc de pe lista de opțiuni și a ales Athens, chiar dacă încă nu știa cum arată. Colegul meu de banchetă a izbucnit în râs și mi-a zis care e părerea locuitorilor din nordul extrem despre vremea din regiune: „Ei, nu-i chiar așa de râu.” Conversația noastră a deviat apoi, de la vreme, la alte subiecte, precum cel al copiilor noștri, al rezidențiatului meu și al rezidențiatului lui, la o componentă a echipamentului laparoscopic pe care o văzuse și pe care se gândea s-o achiziționeze.

Se discuta cu însuflețire în tot autobuzul. Unii vorbeau despre baseball (era în plină desfășurare campionatul Mets-Yankees Subway), alții despre politică (Gore *versus* Bush), iar alții despre moralul chirurgilor (ridicat sau scăzut). În timpul călătoriilor cu autobuzul, din acea săptămână, am făcut schimb de impresii, referitoare la cazurile de traumatism de care ne ocupaserăm cu un specialist în chirurgie generală din Sleep Eye, Minnesota, am aflat câte ceva despre spitalele chinezești de la un chirurg vascular cu accent britanic din Hong Kong, am discutat despre autopsii cu șeful catedrei de chirurgie a Universității din Virginia și am primit recomandările unui rezident din Cleveland cu privire la filme.

Asta este ceea ce, în limbajul celor specializați în relații publice, se numește comunicare. Termenul nu reflectă însă dorința mistuitoare a doctorilor din acele autobuze, ca și a tuturor celor sosiți la congres, de a stabili legături unii cu alții, de-a împărtăși sentimentul apartenenței la aceeași breaslă. Poate că participarea fiecăruia dintre noi a fost dictată de rațiuni practice: aflarea unor concepte noi, deprinderea unor proceduri moderne, vânarea unui statut profesional mai bun, desprinderea de rutina interminabilelor responsabilități zilnice. În final însă, așa cum aveam să-mi dau seama, ceea ce ne atrăgea era altceva, mai important și, într-o oarecare măsură, mai percutant.

Medicii aparțin unei lumi insulare – o lume a hemoragiilor, a testelor de laborator și-a oamenilor sfârtecați. Suntem, momentan, acea mână de oameni sănătoși care trăiesc printre bolnavi. Și e ușor să te înstrăinezi, treptat, de trăirile cotidiene ale oamenilor și, uneori, chiar de valorile lor. E o lume impenetrabilă până și pentru familiile noastre. Poate că seamănă, în unele privințe, cu viața atleților, a soldaților, a muzicienilor profesioniști. Spre deosebire de ei însă, noi nu suntem doar izolați, ci și singuri. Odată ce ai terminat rezidențialul și te-ai stabilit în Sleepy Eye ori în nordul peninsulei Michigan sau chiar în Manhattan, numărul mare de pacienți și faptul că lucrezi singur te rup de toți cei care știu cu-adevărat ce înseamnă să faci rezecția unei tumori canceroase de la nivelul stomacului ori să-ți pierzi pacienta ca urmare a unei pneumonii survenite ulterior sau să răspunzi întrebărilor acuzatoare ale familiei

ori să te zbați să obții despăgubiri din partea asigurătorilor.

O dată pe an, totuși, există un loc unde se adună oamenii care trăiesc zi de zi astfel de experiențe. Îi zărești la tot pasul. Vin și se așază chiar lângă tine. Organizatorii își numesc evenimentul de care se ocupă în fiecare an „Congresul Chirurgilor”, iar terminologia se potrivește de minune. Suntem, timp de câteva zile, propria noastră națiune de doctori, cu toate plusurile și minusurile inerente unui asemenea concept.

Când medicii buni devin răi

Hank Goodman este un fost chirurg ortoped. Are cincizeci și șase de ani, o înălțime de 1,81 metri, un păr șaten, des și ciufulit și niște mâini neobișnuit de mari, pe care ți le poți lesne imagina împingând la loc un genunchi. Este calm și sigur pe sine – un bărbat obișnuit să repare oase. Cândva, înainte de suspendarea licenței de practică, era un chirurg foarte respectat și solicitat de pacienți. „Era unul dintre cei mai buni și mai competenți din zonă”, mi-a spus unul dintre foștii lui colaboratori. Ori de câte ori un medic dintr-o altă specialitate avea nevoie de un ortoped pentru un membru al familiei sau pentru vreun prieten, la el apela. Vreme de peste un deceniu, Goodman a fost unul dintre cei mai ocupați chirurgi de pe întreg teritoriul statului. Până când, la un moment dat, lucrurile au luat o întorsătură proastă. A început să facă rabat la calitatea actului medical. Le pricinuia pacienților prejudicii, uneori chiar foarte grave. Colegii lui, care-l admiraseră odinioară, erau îngroziți. Cu toate astea, abia după mai mulți ani i-a fost interzis dreptul de a-și mai practica profesia.

Când vorbesc despre doctorii răi, oamenii au în minte, de obicei, niște monștri. Auzim despre cazuri precum cel al lui Harold Shipman, medicul din nordul Angliei care a fost condamnat pentru uciderea, prin administrarea unor doze letale de narcotice, a cincisprezece pacienți, deși se suspectează că numărul real al victimelor este de circa trei sute. Ori despre cazul lui John Ronald Brown, un chirurg din San Diego care, lucrând fără licența, a dovedit neglijența într-o serie de operații de schimbare de sex și a amputat piciorul stâng al unui om perfect sănătos, care a și murit, ulterior, datorită gangrenei. Sau despre cazul lui James Burt, un „faimos” ginecolog din Ohio care a supus sute de femei, adesea după ce fuseseră anesteziate în vederea efectuării altor proceduri, unei intervenții chirurgicale bizare, mutilante, constând în circumcizia

clitorisului și „reconfigurarea” vaginului, numită de el Chirurgia Dragostei.

Problema doctorilor răi nu se rezumă însă la asemenea cazuri terifiante, ieșite din comun, dar izolate. Ea implică medici pe care i-ați putea considera din categoria celor întâlniți în fiecare zi, medici precum Hank Goodman. În profesia noastră, ajungem cu toții să cunoaștem, la un moment dat, astfel de doctori: ilustrul cardiolog care a început să se senilizeze, dar care nu are de gând să se retragă; respectabilul obstetrician devenit alcoolic; chirurgul care și-a pierdut dexteritatea. Pe de-o parte, există date care demonstrează, fără niciun dubiu, că greșelile nu sunt apanajul acestei minorități de medici. Comiterea erorilor este un fenomen mult prea răspândit și obișnuit ca să poată fi explicat atât de simplu. Pe de altă parte, există, într-adevăr, doctori problemă. Chiar și medicii buni pot deveni răi, iar în astfel de cazuri, colegii lor sunt, în general, complet nepregătiți să acționeze în vreun fel.

Am avut câteva discuții cu Goodman de-a lungul anului. Părea la fel de derutat ca toți ceilalți de ceea ce i se întâmplase, dar a înțeles că împărtășirea propriei experiențe putea avea un rol educativ. A fost de acord chiar să mă pună în legătură cu foști colegi și pacienți de-ai săi. Singura lui pretenție a fost să nu-i folosesc numele real.

Unul dintre cazurile pe care le voi istorisi în continuare a început într-o zi fierbinte de august, în anul 1991. Goodman era la spital – un complex modem, tentacular, inundat de lumină, alcătuit dintr-un corp central în formă de turn, acoperit cu cărămidă roșie, și numeroase clădiri dispuse aproape radial, întregul ansamblu fiind conectat la o rețea extinsă de clinici situate mult mai departe, precum și la o facultate de medicină din apropiere. La capătul unui coridor lung, de la parterul clădirii principale, erau amplasate sălile de operație – spații largi, deschise, acoperite cu faianță albă; pacienți așezați sub un panou luminos; echipe medicale îmbrăcate în albastru, la datorie. Într-una dintre ele se afla și Goodman. Tocmai terminase o intervenție. Și-a scos halatul și, în răstimpul afectat curățeniei, s-a îndreptat spre un telefon montat pe perete, ca să răspundă la mesaje. Unul dintre ele era de la medicul asistent de la

cabinetul său, situat în apropiere. Voia să-i vorbească despre doamna D.

Doamna D. avea douăzeci și opt de ani, era mama a doi copii și soția managerului unui atelier local de tinichigerie. Inițial, venise la Goodman datorită unui edem plin cu lichid, persistent, dar nedureros, apărut la nivelul genunchiului. Îi recomandase tratament chirurgical, iar ea acceptase. În săptămâna precedentă, efectuase o intervenție pentru îndepărtarea lichidului. Asistentul l-a anunțat că tânăra femeie venise din nou la cabinet, de această dată avea o stare febrilă și se simțea rău, iar genunchiul începuse s-o doară cumplit de tare. I-a spus lui Goodman că, la examenul clinic, zona afectată era roșie, fierbinte și moale. Introducerea unui ac în articulație a evidențiat prezența unei colecții de puroi, cu miros fetid. Ce trebuia să facă?

Din descriere reieșea foarte clar faptul că femeia avea o infecție masivă, ce necesita, de urgență, o nouă intervenție chirurgicală pentru drenarea puroiului acumulat. Dar Goodman era ocupat și n-a acordat atenție sugestiei asistentului. N-a adus pacienta în spital. Nu s-a dus s-o vadă. Nici măcar nu și-a trimis un coleg s-o examineze. Prescrie-i un tratament oral cu antibiotice și trimite-o acasă, i-a spus asistentului. Acesta a încercat să-și exprime rezervele față de decizia doctorului, dar replica lui Goodman a fost fără drept de apel: „Îi place să se văicărească.”

O săptămână mai târziu, pacienta a venit din nou, iar Goodman a efectuat, până la urmă, drenajul respectiv. Era, însă, prea târziu. Infecția îi distrusese complet cartilagiul. Întreaga articulație era compromisă. A consultat, ulterior, și un alt ortoped – tot ce-a putut să facă a fost să-i sudeze capetele osoase, pentru a opri durerea permanentă, provocată de frecarea „os pe os.”

Când am vorbit cu ea, își formase propria filosofie de viață. „M-am adaptat”, mi-a spus. Oricum, cu un genunchi rigid mi-a zis că nu putea să alerge sau să se aplece ca să ridice în brațe un copil. Acasă, căzuse de câteva ori pe scara interioară, așa că, din motive de siguranță, a fost nevoită să se mute, împreună cu familia, într-o locuință cu un singur nivel, stil fermă. Nu mai călătorea cu avionul, fiindcă nu se putea așeza. În sălile de teatru sau de cinema, era

nevoită să stea într-o parte sau în spațiul dintre rândurile de scaune. Nu cu mult timp în urmă consultase și un alt specialist, pentru evaluarea posibilității de a beneficia de o proteză, dar i s-a spus că, în cazul ei, o asemenea intervenție nu era deloc sigură.

Orice medic poate să ia o decizie stupidă și neglijentă, ca Goodman, numai că, în ultimii săi ani de practică, astfel de situații se tot repetau. În cazul unui pacient cu glezna ruptă a inserat un șurub cu dimensiuni necorespunzătoare și nu a observat că acesta pătrunsese prea adânc. Când omul s-a plâns că începuse să aibă dureri, Goodman a refuzat să admită că se impunea o nouă intervenție. La fel a procedat și în cazul unei persoane care avea cotul fracturat. Pacientul respectiv a venit din nou la el în momentul în care capătul șurubului erodase straturile de piele, ieșind la suprafață. Goodman ar fi putut foarte bine să ajusteze dimensiunile șurubului, dar n-a făcut nimic.

Un alt caz a implicat un bărbat vârstnic care suferise o fractură de șold. Părea că nu era nevoie decât de implantarea câtorva cuie pentru a o stabiliza. În sala de operație însă, șoldul nu se îmbina corect. Goodman mi-a spus că ar fi trebuit să adopte o altă procedură și să efectueze înlocuirea totală a șoldului. Dar cum era la capătul unei zile extenuante, n-ar fi putut suporta gândul unei noi operații de lungă durată. A recurs la implantarea a două cuie. După o vreme, șoldul s-a dislocat și a apărut o infecție. De fiecare dată când pacientul venea la el, Goodman îi spunea că nu avea ce să-i facă. În timp, s-a ajuns la dizolvarea aproape completă a osului. Până la urmă, omul a mers la unul dintre colegii lui Goodman, ca să aibă și o a doua opinie. Medicul s-a îngrozit de ceea ce i-a fost dat să vadă. „A ignorat rugămințile pacientului care-i solicita ajutorul”, mi-a zis respectivul chirurg. „Pur și simplu, n-a făcut nimic. N-a adus deloc pacientul în spital. A ignorat semnele evidente ale radiografiei. După cum mergeau lucrurile, l-ar fi putut omorî chiar.”

De-a lungul ultimilor ani de practică, Goodman a fost inculpat într-o lungă serie de procese de malpraxis, pe care le-a închis cât de repede a putut. Cazurile lui de neglijență au devenit un subiect de referință al conferințelor M & M (Morbiditate și Mortalitate) din cadrul departamentului său.

Odată, în timp ce luam împreună micul dejun într-un restaurant din oraș, l-am întrebat cum a fost posibil să i se întâmple așa ceva. Părea că nu-și găsește cuvintele. „Nu știu”, mi-a răspuns, fără vlagă.

Goodman crescuse într-un mic oraș din nord-vestul SUA; era al cincilea copil al familiei unui electrician și nici el, nici altcineva nu-și imaginase vreodată că va deveni doctor. În timpul colegiului – o universitate de stat din zonă – era, la început, un student lipsit de ambiție, mediocru. Într-o noapte însă, în care stătuse treaz până târziu, bând cafea și fumând, ca să se documenteze în vederea redactării unei lucrări despre un roman al lui Henry James, i-a trecut prin minte un gând: „Știi ceva, cred c-o să mă apuc de medicină.” Mi-a spus că n-a fost o inspirație, în adevăratul înțeles al cuvântului. „Pur și simplu, am luat o decizie fără să-i întrevăd susținerea.” Un preot îi spusese cândva, în acest sens, că părea să fi avut mai degrabă „o chemare mai puternică decât simțise el vreodată”.

Goodman a devenit un student conștiincios, a absolvit o facultate de medicină excelentă și și-a început cariera în chirurgie. După încheierea stagiului efectuat în cadrul Forțelor Aeriene, în calitate de medic militar generalist, a fost acceptat într-unul dintre cele mai bune programe naționale de rezidențiat cu specializare în ortopedie. În ciuda programului de lucru epuizant, îi plăcea enorm ceea ce făcea. Era un medic foarte competent. Veneau la el oameni cu probleme de sănătate invalidante (dislocări ale articulațiilor, fracturi ale membrelor, șoldului, coloanei vertebrale), iar el le rezolva pe toate. „Acei patru ani au fost cei mai buni din viața mea”, mi-a spus. Ulterior, a efectuat o subspecializare în domeniul chirurgiei mâinii; când a terminat-o, în 1978, avea o paletă largă de opțiuni profesionale. S-a întors în regiunea natală, unde a profesat vreme de cincisprezece ani.

„Când a venit la noi în clinică, aveam trei chirurgi ortoped mai în vârstă, morocănoși și perimați”, mi-a zis un fost coleg al său de la pediatrie. „Erau depășiți atât ca nivel de cunoștințe, cât și ca dexteritate și nici nu se purtau prea frumos cu pacienții. Ei, și-apare el, un tip nemaipomenit, informat la zi, amabil, incapabil să spună

nu cuiva. Îl chemai la ora opt seara, fiindcă un pușți făcuse o infecție la șold și avea nevoie de o intervenție urgentă de drenare, și venea și se ocupa de caz – fără ca măcar să fi fost de serviciu.” A câștigat un premiu pentru activitatea didactică, acordat de studenții lui. A atras și un număr uriaș de pacienți. Își făcea meseria fluierând.

Cam după 1990 însă, lucrurile au început să ia o cu totul altă întorsătură. Un medic atât de dotat și de experimentat ca Goodman știa mai bine ca oricine ce era de făcut în cazul doamnei D., în cel al omului cu fractură de șold și al multor alți pacienți, dar n-a acționat așa cum ar fi fost normal. Ce s-a întâmplat? Nu mi-a putut spune decât că avea sentimentul că totul merge prost în ultimii ani. Înainte îi plăcea să opereze, să rezolve problemele oamenilor. După o vreme însă, nu se gândea decât cum să termine mai repede cazurile pe care le avea în fiecare zi.

Să fi fost o chestiune legată de bani? Câștiga la început cam două sute de mii de dolari pe an și cu cât avea mai mulți pacienți, cu atât veniturile lui creșteau. A constatat apoi că, dacă muncea mai mult, putea acumula trei sute de mii de dolari pe an. Iar cu și mai mult efort – ajunsese să aibă un număr amețitor de cazuri pe zi – a văzut că era posibil să câștige patru sute de mii de dolari pe an. Era, de departe, cel mai ocupat dintre toți partenerii lui de clinică, fapt pe care l-a considerat cheia succesului și a valorii sale. Începuse să se autointituleze, mai în glumă, mai în serios, „Producătorul”. Am aflat de la colegi de-ai lui, și nu de la unul singur, că simțea o plăcere aproape obsesivă de-a fi recunoscut ca „impresarul” numărul unu.

Tot percepția asupra propriului său statut profesional îl determina, pe de altă parte, să nu-i refuze pe cei care-i solicitau ajutorul. (Era, în fond, tipul care nu spunea niciodată nu.) Oricare-ar fi fost motivațiile reale ale unui asemenea succes, era limpede că volumul de muncă uriaș începuse să-l copleșească. A lucrat, mai bine de zece ani, câte optzeci, nouăzeci, chiar o sută de ore pe săptămână. Avea o soție și trei copii – care sunt mari acum dar n-avea mai deloc timp pentru ei. Cu un program atât de încărcat ca al lui, trebuia să-și coordoneze foarte eficient activitățile cotidiene. Începea, de pildă, la 7.30, cu o înlocuire totală de șold, pe care

încerca să o termine în circa două ore. Își scotea apoi bluzonul de lucru, se uita repede peste hârtiile de la birou și, în timp ce i se pregătea sala de operație pentru cazul următor, dădea o fugă până în clădirea alăturată, la clinica ambulatorie de chirurgie, indiferent dacă afară era soare, ploaie sau ninsoare. Acolo îl aștepta, pe masa de operație, un alt pacient – care necesita un tratament mai simplu, de exemplu, o artroscopie sau o intervenție pentru eliberarea presiunii asupra nervului median, în cazul unui sindrom de tunel carpian. Spre final, ruga o infirmieră să anunțe că pacientul următor trebuia condus înapoi, în sala de operație din turnul principal. Sutura pielea în cel de-al doilea caz și se întorcea rapid la un al treilea care-l aștepta. Era, întreaga zi, într-un permanent du-te vino. Cu toate astea, oricât s-ar fi străduit să-și coordoneze perfect mișcările, tot se mai iveau, uneori, probleme neplanificate – temporizarea pregătirii unei săli de operație, sosirea unei urgențe, un incident neașteptat în cursul intervenției chirurgicale. Cu timpul, a ajuns să nu mai suporte ideea de-a întâmpina până și cel mai neînsemnat obstacol. Fără nicio îndoială, atunci au început lucrurile să scape de sub control. Medicina implică existența tăriei morale de a face față oricărei situații: poate că ai un program supraaglomerat sau s-a făcut târziu ori trebuie să mergi să-ți iei copilul de la înot; dar dacă apare o problemă la serviciu, faci tot ceea ce-ți stă în putință ca s-o rezolvi. La un moment dat, Goodman n-a mai procedat așa, iar situațiile de acest fel s-au tot repetat.

Un asemenea tip de extenuare este întâlnit surprinzător de frecvent. E de presupus că, spre deosebire de majoritatea oamenilor cu alte profesii, doctorii sunt mai puternici, mai fermi, mai apți să lucreze în condiții de stres. (Oare cei slabi nu sunt striviți sub presiunea rigorilor implicate de pregătirea medicală?) Se pare însă că realitatea contrazice estimările. Studiile arată, de pildă, că alcoolismului îi poate cădea pradă oricine, iar doctorii nu fac excepție. Ei sunt, de asemenea, mult mai expuși riscului de-a deveni dependenți de narcotice și de tranchilizante, poate datorită faptului că au atât de ușor acces la ele. Circa 32 de procente din populația activă este afectată, la un moment dat, de o tulburare mintală severă

– de pildă, depresie, manii, atac de panică, psihoze sau toxicomanie – și nu există niciun fel de date care să susțină că astfel de cazuri ar apărea mai rar în rândul medicilor. Ca să nu mai vorbim de faptul că și doctorii se îmbolnăvesc, îmbătrânesc, au nemulțumiri și stări de confuzie generate de dificultățile cu care se confruntă pe plan personal, asemenea motivații și multe altele similare conducându-i, treptat, spre greșeli de conduită profesională. Ne-ar plăcea tuturor să credem că „medicii problemă" sunt doar niște cazuri ieșite din comun. Ieșit din comun poate fi faptul că, în cursul unei cariere de patru decenii, un doctor nu a avut nici măcar un an sau doi în care activitatea să-i fi fost afectată de diverse neplăceri. Sigur că nu toți cei care au „probleme" sunt neapărat periculoși. Oricum, statisticile arată că există permanent un procent de medici (între 3 și 5%) care nu sunt apți să acorde consultații.

Există o linie oficială cu privire la conduita cea mai potrivită pe care ar trebui s-o adopte profesia medicală față de asemenea doctori: colegii celor în cauză au datoria de a nu-i mai lăsa să-și practice meseria și să informeze forurile care acordă licența de practică, iar acestea, la rândul lor, ar urma fie să aplice măsurile disciplinare impuse de situație, fie să le suspende dreptul de practică. În realitate, doar rareori se întâmplă așa. Fiindcă nicio comunitate strâns integrată nu poate funcționa după asemenea principii.

Marilynn Rosenthal, sociolog la Universitatea Michigan, a examinat modul în care comunitățile medicale din SUA, Marea Britanie și Suedia tratează chestiunea medicilor problemă. A adunat date despre faptele petrecute în peste două sute de cazuri specifice, de la cel al unui medic de familie dependent de barbiturice la un chirurg cardiac în vârstă de cincizeci și trei de ani care continua să opereze în ciuda afectării permanente a creierului, instalată în urma unui accident vascular cerebral. Și a constatat, aproape peste tot, o aceeași atitudine a colegilor de breaslă față de asemenea cazuri. Când aveau alături de ei un medic rău, indiferent cât de grave erau consecințele conduitei sale, nu ajungeau să ia măsurile ferme ce se impuneau decât după mai multe luni, uneori chiar ani.

Oamenii vorbesc, în astfel de situații, despre o conspirație a

tăcerii, dar Rosenthal a apreciat că nu se punea atât problema existenței unui complot, cât, mai degrabă, cea, mult mai supărătoare, a lipsei lui. În cadrul comunităților pe care le-a analizat se manifestau pregnant reacțiile de nesiguranță, de negare, iar intervențiile aveau un caracter șovăielnic și oscilant – aproape ca o familie care nu vrea să accepte gândul că bunicii va trebui să i se interzică să mai șofeze. Sigur că nu toate problemele sunt evidente: colegii îl suspectează, poate, pe dr. Cutare că bea prea mult sau că a devenit „prea bătrân", dar nu încape nicio îndoială că astfel de lucruri vor rămâne multă vreme nelămurite. Chiar și când problemele *sunt* limpezi ca lumina zilei însă, colegii se simt incapabili să ia o măsură fermă pentru soluționarea lor.

Uneori, o asemenea atitudine este dictată de rațiuni nobile; alteori, ea nu face cinste celor care o adoptă. În această din urmă categorie intră cei care nu fac nimic fiindcă e mai ușor așa. Adunarea probelor incriminatorii și a voturilor necesare pentru suspendarea dreptului de practică al unui coleg medic implică, din partea celorlalți doctori din anturajul respectivului, un mare efort și un cuantum considerabil de încredere în sine. Motivația nobilă, probabil și cea mai importantă, este că pe nici unii dintre medicii aflați în situația de a-și acuza un coleg nu-i lasă inima s-o facă. Când un coleg competent, cumsecade și, de obicei, conștiincios, pe care-l cunoști de ani și ani, începe deodată să ia regulat Percodans{16} sau devine excesiv de preocupat de problemele personale, neglijându-și atribuțiile față de pacienți, simți nevoia să-l ajuți, nu să-i distrugi cariera. Acordarea unui sprijin adecvat în asemenea situații nu este însă deloc simplă. În sistemul de practică privată nu există modalități de asigurare a dreptului unui medic de a-și păstra locul de muncă pe o perioadă mai lungă în care este nevoit să-și întrerupă activitatea curentă, ci doar reglementări stricte de raportare publică a greșelilor de conduită. Ca urmare, când vor să-și ofere sprijinul, oamenii apelează, pe cont propriu, la mijloace tacite, discrete. Intențiile lor sunt bune; în schimb, rezultatele acțiunilor lor sunt, de cele mai multe ori, în defavoarea persoanei incriminate.

Colegii lui Hank Goodman au încercat multă vreme să-l ajute.

Începuseră să aibă suspiciuni în privința lui de prin 1990. Se vorbea din ce în ce mai des despre deciziile lui ciudate, despre rezultatele dubioase, despre nenumăratele procese. Cei din anturajul său erau tot mai hotărâți să intervină într-un fel.

Câțiva medici mai în vârstă au încercat, fiecare pe cont propriu, să stea de vorbă cu el între patru ochi, aducând în discuție diverse aspecte. Rosenthal numește abordarea respectivă Terribly Quiet Chat (Conversația Strict Secretă). Unii colegi, care-l întâlneau pe Goodman la un cocktail sau care treceau, ca din întâmplare, pe la el pe-acasă, îl trăgeau deoparte, întrebându-l ce mai face, spunându-i că oamenii începuseră să comenteze și să-și facă griji. Alții aveau o abordare mai directă: „I-am spus fără ocolișuri: «Nu știu de ce te porți așa. Ai un comportament foarte ciudat. Cel mai cumplit lucru este că nu mi-aș da niciunul dintre membrii familiei mele pe mâna ta.»”

Uneori, o asemenea abordare dă rezultate. Am vorbit cu un fost șef de departament de la Harvard, acum pensionar, care inițiase, pe vremea când era în activitate, un număr apreciabil de discuții de tipul Terribly Quiet Chat. Un medic cu experiență poate avea, în medicină, autoritatea morală de-a interzice manifestările neconforme cu statutul profesional. Șeful de departament avusese de-a face cu mulți doctori care-i vorbiseră deschis despre problemele cu care se confruntau, iar el se străduise mereu să le dea o mână de ajutor. Aranja să fie văzuți de un psihiatru, să apeleze la un centru de dezintoxicare sau să se retragă din activitate. Unii dintre ei însă nu mergeau până la capăt când încercau să ia măsuri. Alții nu recunoșteau că aveau necazuri. În unele cazuri, cei incriminați ajungeau să stimuleze inițierea unor mici campanii care să le susțină nevinovăția. Îi montau pe unii dintre membrii familiei lor împotriva lui, își convingeau colegii loiali să-l oprească pe holurile spitalului ca să-i spună că ei nu observaseră niciodată ceva în neregulă sau își puneau avocații să-l amenințe că-l vor chema în instanță.

Goodman chiar asculta ceea ce aveau oamenii să-i spună, încuviința tot ce-i ziceau și recunoștea că era surmenat și, adesea, copleșit de volumul excesiv de muncă. Jura că va face schimbările ce se impuneau, că va accepta un număr mai mic de pacienți, de

care se va ocupa pe îndelete, că va practica chirurgia ca la carte. Se simțea umilit și își promitea că-și va revizui atitudinea. În final însă, niciuna dintre hotărârile lui nu s-a concretizat.

Așa cum se întâmplă de cele mai multe ori, colegii care erau cei mai în măsură să constate cât de periculos devenise Goodman erau, în același timp, cei mai lipsiți de puterea de-a lua vreo măsură în acest sens: medici stagiari, asistente, infirmiere și alte categorii de personal auxiliar. În asemenea împrejurări, cei care înțeleg situația iau diverse măsuri menite să asigure protecția pacienților. Cadrele ajutătoare ajung să-i îndrume pe bolnavi către alți doctori. Cele de la programări se scuză că nu mai sunt locuri la medicul solicitat de pacient. Rezidenții din ultimul an de pregătire intră în operație alături de colegii lor începători, ca să preîntâmpine orice eventual prejudiciu adus de un anumit chirurg.

Unul dintre medicii asistenți de la cabinetul lui Goodman a încercat și el să-și asume un asemenea rol protector. Când începuse să lucreze împreună cu el – ajutând la stabilizarea fracturilor, urmărind evoluția stării de sănătate a pacienților și asistând în sala de operație – își venera șeful. A sesizat însă momentul în care conduita lui Goodman a început s-o ia razna. „Obișnuia să vadă patruzeci de pacienți pe zi și nu le acorda nici măcar cinci minute”, mi-a spus asistentul. Pentru a evita apariția unor probleme în clinică, stătea mult timp după program, verificând deciziile lui Goodman. „Țineam permanent legătura cu pacienții și modificam intervențiile lui.” în sala de operații încerca să facă unele sugestii fine. Îi putea pune întrebări de felul următor: „Este cumva prea lung acest șurub?” sau „Alinierea oaselor șoldului arată cum trebuie?” Cu toate acestea, a continuat tânărul, se făceau greșeli inevitabile și „o mulțime de operații inutile”. Ori de câte ori putea, ținea pe pacienți la distanță de Goodman – „sigur, asta nu însemna că ieșeam din cabinet și le spuneam «Cred că e nebun».”

Lucrurile pot trena astfel pentru o perioadă de timp extrem de îndelungată. Dar epuizarea tuturor rezervelor de bunăvoință – când devine limpede că abordările de tipul Terribly Quiet Chat nu duc nicăieri și când pare că nici eforturile de culise ale colegilor nu vor avea nicio finalitate – duce foarte rapid la schimbări de atitudine. O

chestiune aparent neînsemnată poate precipita luarea unor măsuri drastice. În cazul lui Goodman, factorul declanșator l-a constituit faptul că, de pe la finele anului 1993, a început să lipsească regulat de la întrunirile săptămânale obligatorii Morbidity & Mortality. Chiar și după ce toată lumea aflase cât de neglijent își trata pacienții în ultima vreme – devenise unul dintre medicii chemați cel mai des în fața instanțelor disciplinare –, oamenilor nu le venea ușor să-l judece. Oricum, când Goodman a încetat să mai frecventeze ședințele M & M, colegii lui au avut în sfârșit un caz concret de indisciplină pe baza căruia îl puteau trage la răspundere.

Diverse persoane i-au atras atenția, din ce în ce mai serios, asupra neplăcerilor foarte mari pe care le putea avea dacă nu începea din nou să vină la întrunirile M & M. „A ignorat însă toate acele avertismente", mi-a zis unul dintre apropiații lui. După un an întreg în care a continuat să se comporte la fel, conducerea spitalului a decis să-i fie supravegheată îndeaproape activitatea curentă. În toată acea perioadă a continuat să vadă și mai mulți pacienți și să genereze un număr și mai mare de complicații. Așa s-a mai scurs încă un an. În anul 1995, la scurt timp după Ziua Muncii, conducerea spitalului și avocatul instituției l-au invitat, în sfârșit, la discuții și i-au comunicat că au decis să-i fie suspendat dreptul de practică și să trimită la comisia medicală de investigații un raport asupra conduitei sale. A fost concediat.

Goodman nu și-a lăsat niciodată familia să vadă că avea dificultăți și nici n-a spus nimic despre faptul că-și pierduse slujba. Vreme de mai multe săptămâni și-a pus iu fiecare dimineața costumul și cravata, pornind spre serviciu, ca de obicei. A terminat de consultat și ultimul pacient de pe lista de programări, iar pe cei care aveau nevoie de o intervenție chirurgicală i-a îndrumat către alți colegi. Cabinetul a rămas fără pacienți în răstimp de o lună. Soția lui simțise că era ceva în neregulă, iar când l-a presat să vorbească, i-a spus ce se întâmplase. Vestea a dărâmat-o și a speriat-o în același timp: avea senzația că trăise alături de un străin, de un impostor. Urmarea a fost că, din acea zi, Goodman n-a mai plecat de-acasă. Stătea numai în pat. Și n-a mai vorbit cu nimeni zile-n șir.

La două luni după ce fusese suspendat, a fost înștiințat despre un

alt proces de malpraxis, intentat de soția unui fermier care apelase la el datorită unei artroze grave la umăr. Goodman îi inserase o articulație artificială, dar intervenția respectivă nu a rezolvat problema. Acel proces a fost picătura care a umplut paharul. „Nu aveam nimic", mi-a spus. „Aveam prieteni, aveam o familie, recunosc, dar nu și serviciu." Așa cum se întâmplă în cazul multor medici, profesia era viața lui.

În pivniță avea o armă, Magnum 44, pe care-o cumpărase cu ocazia unei excursii de pescuit în Alaska, ca să-l protejeze de urși. A găsit gloanțele și s-a gândit îndelung la perspectiva sinuciderii. Știa cum să procedeze ca să aibă parte de o moarte instantanee. În fond, era chirurg.

În anul 1998 mă aflam la o conferință medicală, organizată în apropierea localității Palm Springs. Răsfoind paginile generoasei broșuri de prezentare a programului de conferințe, mi-a atras atenția un titlu mai neobișnuit: „Două sute de medici au semnalat un caz de tulburare de comportament", de Kent Neff, M.D. Prelegerea era susținută într-o sală mică, situată la distanță de aula centrală. Asistența era formată din numai câteva zeci de persoane. Neff era un bărbat de vreo cincizeci de ani, grizonat, cu un aer distins și serios, care, așa cum aveam să aflu, lucra într-unul dintre domeniile cele mai „sensibile" ale medicinei: ramura psihiatriei specializată în abordarea problemelor grave de comportament ale doctorilor și ale altor categorii de cadre sanitare. Ne-a spus că în anul 1994 preluase responsabilitatea unui program restrâns de sprijinire a spitalelor și a altor unități medicale care aveau doctori cu astfel de probleme. Nu după mult timp, au început să-i fie trimise cazuri similare de peste tot. Până în prezent văzuse peste două sute cincizeci – acumulase, așadar, o experiență deosebit de valoroasă – și analizase datele adunate aidoma unui cercetător din cadrul CDC (Centers for Disease Control and Prevention – Centre pentru Controlul și Prevenția Bolilor) preocupat de evaluarea izbucnirii unei epidemii de tuberculoză.

Constatările lui n-au fost deloc surprinzătoare. Cel mai adesea, nimeni nu recunoștea că medicii în cauză erau periculoși până în

momentul în care prejudiciul generat de ei era foarte grav. Nu li se făcea decât rareori o evaluare riguroasă a problemelor care-i afectau – dependență de droguri, tulburări mintale sau altele asemenea. Iar când existența acestora era confirmată, situația era urmărită cu maximum de atenție. Ceea ce m-a impresionat a fost tentativa donquijotescă a lui Neff, fără niciun alt sprijin – nu beneficiase de burse ori de asistență din partea vreunor agenții guvernamentale –, de a găsi soluții.

La câteva luni după prelegere, am luat avionul până la Minneapolis ca să-l văd pe Neff în plină activitate. Programul lui se desfășura în cadrul spitalului Abbott Northwestern, situat în apropierea districtului Powderhom. La sosire, am fost îndrumat către una din părțile laterale ale complexului central, la etajul cinci. Am ajuns pe un coridor lung, întunecos – pe ambele părți, numai uși închise, fără nimic scris pe ele, iar pe jos, o mocheta bej, cu firul scurt. Nu avea defel aerul unui hol de spital. Pe un marcaj cu majuscule era scris „Program de Evaluare Profesională”. Din spatele unei uși și-a făcut apariția Neff, îmbrăcat într-un sacou din tweed, cu o pereche de ochelari cu rame metalice. M-a invitat înăuntru.

Aici veneau doctorii, cu câte-o geantă în mână, în serile de duminică. Se înregistrau în capătul holului și erau conduși fiecare în camera lui, mobilată ca un dormitor, unde urmau să stea timp de patru zile și patru nopți. Pe toată durata vizitei mele, care a durat o săptămână, erau cazați acolo trei pacienți medici. Neff m-a asigurat că aveau un program de voie. Știam însă că nu erau chiar de capul lor. În majoritatea cazurilor, spitalele unde lucrau le achitaseră taxa de participare la programul respectiv, în valoare de șapte sute de dolari, și le comunicaseră celor în cauză că, dacă voiau să-și păstreze dreptul de practică, trebuiau să meargă la Minneapolis.

M-a frapat că Neff, de fapt, convinsese organizațiile medicale să-i trimită pe doctori la el. După toate aparențele, singurul lui argument l-a constituit dorința de-a oferi un sprijin. Iar cum asemenea cazuri agitaseră atât de puternic spiritele, spitalele și clinicile care se confruntau cu ele au fost foarte amatoare să utilizeze serviciile lui Neff. Și nu erau singurele instituții care i-au solicitat asistența. Nu după multă vreme, au început să apeleze la el și companiile aeriene,

tribunalele, firmele, care-i trimiteau piloți, judecători și, respectiv, directori.

O mică parte a demersului inițiat de Neff consta, pur și simplu, în infiltrarea în viața celor de care se ocupa – exact ca un doctor care, după ce-ți examinează copilul ca să identifice cauza tusei, se apucă să te-ndrume cum să-ți orânduiești viața. Prelua ferm toate cazurile primite, dar nu se sfia să sesizeze organizațiile ce-l solicitau în legătură cu situațiile pe care le lăsaseră să treneze prea mult timp. Iată cum prezintă el lucrurile: există anumite tipuri de comportament - așa-numitele „evenimente santinelă comportamentale" – care ar trebui să atragă atenția oamenilor asupra faptului că o persoană are probleme foarte serioase, ca, de pildă, când un chirurg aruncă bisturie în sala de operație ori un pilot are accese de furie necontrolate în timpul zborului. De cele multe ori însă, astfel de episoade sunt tratate cu indiferență. „E un doctor bun", spun oamenii, „dar oricine are și momente proaste uneori." Neff cunoaște foarte bine cel puțin patru tipuri de evenimente-santinelă ce semnalează producerea unor modificări de comportament: episoadele persistente de furie necontrolată sau de atitudine abuzivă; manifestările ciudate sau oscilante (văzuse un doctor care nu-și putea desfășura activitatea curentă dacă nu-și aranja biroul de repetate ori, timp de mai multe ore pe zi; i s-a stabilit diagnosticul de tulburare obsesiv-compulsivă severă); încălcarea limitelor de decență impuse de normele profesionale (Neff cunoscuse cândva un medic de familie despre care se știa că obișnuia să invite în oraș, la masă, pacienți tineri, pe unul dintre ei luându-l cu el și în vacanță; s-a dovedit că doctorul respectiv avea fantezii sexuale compulsive ce implicau băieți aflați la vârsta pubertății); angrenarea unui medic într-un număr aberant de procese sau reclamații (ca în cazul lui Goodman) – acesta era, de altfel, cel mai obișnuit indiciu al existenței unor probleme comportamentale. Pe parcursul programului său, Neff a convins un număr considerabil de spitale și clinici – ca și companii aeriene și corporații – să trateze cu toată seriozitatea astfel de situații. La ora actuală, multe organizații specifică, în înseși contractele lor, necesitatea evaluării evenimentelor-santinelă comportamentale.

În fond, abordarea lui consta, pur și simplu, în acordarea de consultații pacienților incluși în program, aidoma unui cardiolog care examinează o persoană cu durere toracică. Făcea un consult individual, efectua câteva teste și-și formula punctul de vedere privitor la starea pacientului, la oportunitatea menținerii sale în serviciul pe care-l avea, precum și la modalitățile de soluționare a fiecărei situații în parte. Neff era dispus să facă ceva față de care toată lumea avea mari reticențe: să judece (sau, folosind termenul preferat de el, să „evalueze”) un coleg de breaslă. Și s-a achitat de o atare sarcină autoimpusă cu mai multă rigurozitate și obiectivitate decât orice alt coleg al celui incriminat.

Prima etapă a evaluării celor trei medici sosiți la el în săptămâna în care mă aflam și eu acolo consta în strângerea informațiilor necesare. Începând de luni dimineața, cei trei au fost supuși, individual, pe parcursul a trei zile, unor interviuri, luate separat de Neff și de alți patru clinicieni. Scopul unui asemenea demers era ca repetarea relatărilor, de șase ori sau chiar mai mult, să pătrundă dincolo de barierele sufletești ridicate de reacțiile de evadare și de apărare ale celor interogați, pentru a scoate la iveală detaliile. Înainte de sosirea lor, Neff întocmise și câte un dosar gros pentru fiecare dintre subiecți. Iar în timpul săptămânii n-a ezitat să le telefoneze din nou colegilor lor, acasă, ca să clarifice elementele contradictorii și ambigue sesizate în versiunile lor asupra evenimentelor.

Pacienții lui Neff erau supuși și unui examen clinic complet, ce includea și testele de sânge, pentru a exclude orice posibilitate ca anomaliile de comportament să se datoreze unei afecțiuni fizice. (De pildă, un medic trimis la Neff după ce avusese mai multe episoade de catatonie, survenite în plină operație, a fost diagnosticat cu o formă avansată de boală Parkinson.) Îi s-au efectuat alcoolemia și analizele pentru depistarea consumului de narcotice. Și au fost supuși tuturor categoriilor de teste psihologice, de la cele pentru detectarea dependenței de jocurile de noroc până la cele pentru identificarea schizofreniei paranoide.

În ultima zi, Neff și-a adunat membrii echipei în jurul unei mese de discuții dintr-o sală mică și anostă, ca să-și formuleze decizia

finală, timp în care doctorii așteptau în camerele lor. Le-a luat circa o oră ca să treacă în revistă datele consemnate în fiecare caz în parte. Apoi au stabilit, la nivelul întregii echipe, trei decizii separate. Mai întâi, au ajuns la un diagnostic. S-a dovedit că majoritatea doctorilor aveau o boală psihică – depresie, tulburare bipolară, dependență de alcool sau de droguri, până și psihoză; aproape fără nicio excepție, afecțiunea respectivă nu fusese niciodată diagnosticată sau tratată până atunci. Alții aveau doar probleme generate de stres, de un divorț sau un deces, de o boală etc. În continuare, echipa a decis dacă medicul respectiv era capabil să-și reia activitatea. Neff mi-a arătat cum era întocmit un raport. Rezoluția era întotdeauna tranșantă, fără niciun fel de echivoc: „Din cauza alcoolemiei, dr. X nu poate momentan să-și practice profesia la parametri normali de competență și siguranță.” în final, s-au dat indicații specifice pentru fiecare doctor în parte. În cazul celor apreciați ca fiind apți să-și reia serviciul, au fost recomandate anumite precauții: continuarea efectuării, din când în când, a testelor de depistare a dependenței de droguri, monitorizarea de către colegi desemnați de conducerea unității medicale, restricții speciale la nivelul practicii. Pentru cei considerați inapți să-și reia activitatea, Neff și echipa sa specificaseră de obicei durata minimă a perioadei în care să nu profeseze, schema detaliată a regimului terapeutic și procedurile clare de reevaluare. La încheierea etapei de deliberare, Neff s-a întâlnit în biroul său cu fiecare dintre doctorii examinați, în vederea prezentării raportului final ce urma să fie trimis la spitalul sau clinica unde erau angajați. „De obicei, oamenii sunt surprinși”, mi-a spus Neff. „Nouăzeci la sută dintre ei consideră că recomandările noastre sunt mai stricte decât s-ar fi așteptat.”

Neff mi-a reamintit, și nu o singură dată, că programul lui oferea doar recomandări. Numai că, odată ce le așternea pe hârtie, spitalele și diferitele instituții medicale nu aveau cum să se eschiveze de la punerea lor în practică și de la urmărirea modului în care erau ele respectate de către doctorii vizați. Cea mai importantă calitate a abordării lui Neff era aceea că, îndată după semnalarea problemei, totul decurgea aproape automat: Minneapolis, evaluarea, stabilirea diagnosticului, întocmirea unui plan. Colegii nu mai erau nevoiți să-

și asume rolurile judecătorilor și juraților. Iar doctorii cu tulburări de comportament beneficiau de ajutorul necesar. Neff și echipa sa au salvat de la distrugere sute de cariere – și, poate, au evitat prejudicierea a mii de pacienți.

Programul lui Neff nu era singurul de acest fel. În cursul ultimelor decenii, societățile medicale locale și cele din alte țări ale lumii au elaborat și ele o serie de programe pentru diagnosticarea și tratarea doctorilor „bolnavi". Cel al lui Neff avea însă un caracter independent, ca puține altele similare, precum și una dintre cele mai sistematice metodologii utilizate în cadrul unor asemenea demersuri.

Cu toate acestea, programul lui a fost oprit la câteva luni după vizita mea la Minneapolis. În ciuda interesului pe care l-a stârnit pe scară largă și a ritmului său rapid de dezvoltare, Programul de Evaluare Profesională a fost finanțat cu mari eforturi, nereușind niciodată să-și asigure din surse proprii fondurile necesare. Până la urmă, Neff n-a putut convinge spitalul Abbott Northwestern să-l subvenționeze în continuare. Când am vorbit ultima oară, încerca să identifice alte surse de sprijin.

Indiferent dacă va reuși sau nu, a demonstrat ce potențial are. Întrebarea cea mai delicată – atât pentru doctori, cât și, mai ales, pentru pacienți – este în ce măsură putem să acceptăm o asemenea abordare. Programele similare celui oferit de Neff propun un aranjament tranșant – poate prea tranșant. Medicii vor fi dispuși să dea relații despre colegii lor cu probleme – desigur, aceia care au în mod constant un comportament neadecvat – numai atâta vreme cât știu că informațiile pe care le furnizează sunt utilizate pentru stabilirea unui diagnostic și a tratamentului corespunzător, nu pentru arestarea și condamnarea celor incriminați. Evident, aceasta implică perceperea respectivilor doctori ca pe niște ființe umane care se zbat să facă față situației, nu ca pe niște sociopați. Filosofia lui Neff presupunea, așa cum afirma chiar el, „duritate în ceea ce privește comportamentul, dar blândețe față de persoana în cauză". S-ar putea ca oamenii să prefere universul guvernat de regula „nu întreba, nu spune". Încercați să vă întrebați dacă ați putea rămâne fidel unui sistem care, reabilitând anesteziști dependenți de droguri,

chirurgi cardiaci cu psihoze maniacale sau pediatri cu o „slăbiciune” față de fetițele mici, a avut în vedere depistarea unor noi astfel de cazuri? Ori, reformulând, credeți că veți fi vreodată pregătit să-l vedeți pe Hank Goodman operând iarăși?

Viața lui Hank Goodman și, poate, întreaga lui carieră, a fost unul dintre cazurile salvate de Neff. În anul 1995, pe la jumătatea lui decembrie, după ce îi trecuse prin minte să se sinucidă, Goodman l-a sunat pe Neff la birou. Avea numărul de telefon al acestuia de la avocatul său, care auzise de programul respectiv. Neff l-a invitat să vină neîntârziat. A doua zi, Goodman era la el. Au discutat o oră, iar la finele întrevederii, Goodman își amintește că avea un sentiment de ușurare, că putea respira din nou. Neff i-a vorbit pe un ton deschis, colegial, i-a zis că-l putea ajuta, că viața lui nu se sfârșise. Goodman a avut încredere în spusele lui.

S-a înregistrat în program săptămâna următoare, plătindu-și singur costul integral. Au fost patru zile grele, uneori de confruntare. Nu era pregătit să-și recunoască toate faptele sau să accepte tot ceea ce aflaseră membrii echipei lui Neff. Diagnosticul principal a fost depresie persistentă. Concluzia lor a fost, ca de obicei, la obiect: Medicul „nu este apt să-și practice activitatea în condiții de siguranță datorită formei sale grave de depresie și nu va fi capabil să profeseze pentru o perioadă de timp nedefinită”. Conform raportului, în urma unui tratament prelungit și adecvat, „estimăm că are potențialul necesar pentru a-și relua integral activitatea”. Detaliile legate de diagnosticul primit par a fi mai puțin importante decât esența intervenției propriu-zise: faptul că o instituție autorizată i-a comunicat că era ceva în neregulă cu el, că i se interzicea să-și mai practice meseria și că exista o perspectivă reală de a-și relua, cândva, activitatea.

La sugestia lui Neff, Goodman s-a internat într-un spital de psihiatrie, după care i s-a monitorizat în continuare evoluția, la domiciliu, de către un specialist local și un medic supraveghetor. A urmat mai întâi un tratament cu Prozac, apoi unul cu Effexor. A respectat permanent programul. „În primul an nu-mi păsa dacă trăiesc sau mor”, mi-a mărturisit Goodman. „Anul următor, voiam să

trăiesc, dar nu doream să mă întorc la serviciu. În al treilea an, îmi doream să merg la lucru.” în cele din urmă, toți cei care-i supravegheaseră evoluția – psihiatrul local, internistul și Neff – au fost de acord că era pregătit. Comisia medicală locală i-a acordat lui Goodman, în mare măsură în baza recomandării echipei lui Neff, permisiunea de a-și relua activitatea. I-au fost impuse însă și restricții. La început, urma să lucreze maximum douăzeci de ore pe săptămână, strict sub supraveghere. Trebuia să-și frecventeze periodic psihiatrul și medicul curant. Nu avea voie să opereze din nou decât după cel puțin șase luni de la data întoarcerii în clinică. Ulterior, putea participa la intervențiile chirurgicale numai ca asistent, urmând ca redobândirea deplină a dreptului de a-și exercita profesia să fie stabilită doar după etapa de reevaluare. În tot acel răstimp avea obligația de a efectua, din când în când, teste de detectare a consumului de alcool și de droguri.

Dar ce instituție medicală l-ar fi acceptat? Foștii lui parteneri n-ar fi fost de acord să-l aibă din nou alături de ei. „Prea mult balast emoțional”, spunea Goodman. Era pe cale să obțină un loc de muncă într-un oraș de provincie din zona lacurilor, unde avea o casă de vacanță. Acolo exista un spital mic, la care apelau, în timpul lunilor de vară, patruzeci și cinci de mii de oameni și care nu avea niciun ortoped. Medicii îi cunoșteau situația, dar, întrucât căutaseră multă vreme, fără succes, un astfel de specialist, au acceptat să fie angajat la spitalul lor. Abia după circa un an însă, a reușit să obțină asigurarea de malpraxis. Și a considerat că era cazul să evalueze cu prudență perspectiva reluării unei activități la fel de intense ca înainte, cu toate implicațiile ei stresante.

Nu demult, i-am făcut o vizită lui Goodman acasă – o locuință modestă, din cărămidă, în stilul unei ferme, cu o curte plină de câini, pisici și păsări, o sufragerie încărcată de bibelouri și un colț de bucătărie dotat cu un computer și câteva rafturi ce găzduiau reviste de ortopedie și CD-uri cu materiale de specialitate. Îmbrăcat într-un tricou și o pereche de pantaloni kaki, stil „cargo”, avea un aer degajat, relaxat, aproape indolent. Cea mai mare parte a timpului și-o dedica familiei și recuperării ritmului de instruire profesională. Alte preocupări nu prea mai avea, așa că viața lui actuală nu mai

avea aproape nimic comun cu cea a unui chirurg; simțea însă că-i revine, treptat, pofta de lucru. Am încercat să mi-l imaginez din nou în hainele verzi de spital – într-o sală de operație, unde un asistent îl întreba, la telefon, despre un pacient cu o infecție la genunchi. Cine-ar putea spune cum aveau să evolueze lucrurile?

Indiferent ce-am face, suntem cu toții pe mâna unor ființe umane imperfecte. Este un fapt evident, dar greu de acceptat și, totodată, inevitabil. În cazul oricărui medic există lucruri pe care ar fi trebuit să le știe, dar în privința cărora tot mai are câte ceva de învățat, sau apar situații când judecata medicală dă greș ori când tăria de caracter se frânge. Eram oare mai puternic decât omul pe care-l aveam acum în față? Inspiram mai multă încredere? Eram mai principial, mai conștient de limitele proprii și, în consecință, mai precaut? Mi-ar fi plăcut să cred că așa e – și poate că așa și trebuia să gândesc, ca să fac ceea ce fac zi de zi. Numai că nu puteam să știu toate astea. Nici eu, nici oricine altcineva.

Am ieșit cu Goodman în oraș să mâncăm ceva, după care am făcut o plimbare cu mașina. Ajungând în apropierea spitalului în care lucrase înainte, ce arbora un aer atât de strălucitor și modem, l-am întrebat dacă puteam să aruncăm o privire înăuntru. I-am spus că nu era nevoie să vină și el cu mine. În ultimii patru ani, nu mai intrase în clădire decât de vreo două-trei ori. A ezitat o clipă, dar a decis apoi să mă însoțească. Și-a îndreptat pașii spre ușa automată și a început să înainteze de-a lungul unui coridor zugrăvit într-un alb strălucitor. Un glas jovial s-a auzit deodată și mi-am dat seama că deja își regreta decizia de-a intra în spital.

„O, domnul doctor Goodman!” l-a salutat, din spatele biroului de informații, o femeie trupeșă, cu părul alb și chipul zâmbitor. „Nu v-am mai văzut de-atâția ani! Unde-ați fost în tot acest timp?”

Goodman s-a oprit brusc. A încercat să schițeze un răspuns, dar n-a putut articula nici un cuvânt preț de câteva clipe. „M-am pensionat”, a spus, în cele din urmă.

A dat din cap, vădit nedumerită: Goodman avea aerul unui om în plină formă, care arăta cu douăzeci de ani mai tânăr decât ea. Am văzut apoi cum își schimbă expresia feței, în semn că începuse să înțeleagă. „Ei, în cazul ăsta, sper că vă prieste”, a zis femeia,

revenindu-și din consternare.

Goodman a făcut o remarcă forțată despre pasiunea lui pentru pescuit. S-a îndepărtat câțiva pași. S-a oprit apoi și i-a vorbit din nou: „O să vin, totuși, înapoi.”

Partea a II-a

MISTERE

Vineri, treisprezece, lună plină

Jack Nicklaus nu juca niciodată o partidă de golf fără să aibă în buzunar trei monede de un penny. Michael Jordan trebuia să poarte întotdeauna, sub echipamentul echipei Chicago Bulls, șortul cu emblema Universității Carolina de Nord. Iar Duke Ellington nu purta niciodată ceva galben la spectacolele pe care le susținea, impunându-le același lucru și membrilor formației sale. În cazul celor nevoiți să-și câștige existența evoluând în fața unui public, superstițiile par aproape obligatorii. Un exemplu notoriu îl constituie jucătorii de baseball. A devenit faimos cazul lui Wade Boggs, fostă vedetă a echipei Boston Red Sox, care mânca întotdeauna pui înainte de fiecare meci. Pe de altă parte, în vremea când conducea Los Angeles Dodgers, Tommy Lasorda obișnuia să mănânce linguini – cu sos de scoici fie roșu, dacă echipa adversă avea un aruncător de minge dreptaci, fie alb, dacă acesta era stângaci. Chiar și într-un asemenea context, plin de ciudățenii, aruncătorul echipei New York Mets, Turk Wendell părea cu totul ieșit din comun. Ca să aibă noroc în timpul meciurilor, avea obiceiul să poarte un colier din colți de animal, refuza să poarte șosete, nu călca niciodată pe linia de penalty și se spăla pe dinți între o tură și alta. Când și-a semnat contractul din sezonul 1999, a insistat ca salariul să-i fie stabilit la suma de 1200 000,99 dolari. „Ei, pur și simplu îmi place numărul nouăzeci și nouă”, a declarat el în fața presei.

Trebuie să știu totuși și de existența vreunui doctor care să aibă asemenea superstiții. Medicii, mai ales chirurgii, tind să aibă întotdeauna o abordare extrem de rațională a lucrurilor. Fiindcă una dintre cele mai mari satisfacții ale științei și, în mod special, ale celor care lucrează pe tărâmul ei, o constituie reușita planificării și gândirii logice. De altfel, dacă ar fi formulăm un principiu călăuzitor al medicinei practice, acesta ar implica faptul că este cel mai

important să ai o atitudine rațională. Iar noi, cei care lucrăm în acest sistem, avem, în general, față de manifestările de misticism, o atitudine rezervată, adesea chiar de totală dezaprobare. Cel mult, poți vedea că un chirurg intră mereu în operație cu o aceeași pereche de pantofi sau că aplică o metodă neconvențională de tratare a unei leziuni după suturare. Dar chiar și în asemenea situații, avem întotdeauna grijă să ne asumăm propriile idiosincrazii, găsind cel puțin o explicație suficient de plauzibilă:, Alți pantofi nu sunt la fel de confortabili ca aceștia", ar putea spune chirurgul în cauză sau „Banda asta adezivă provoacă iritații" (deși nimeni altcineva n-a reclamat că folosirea ei ar fi generat astfel de efecte nedorite). De regulă, nu-i veți auzi pe doctori spunând că, de fapt, după părerea lor, o anumită situație este, pur și simplu, cu ghinion.

De aceea, am fost stupefiat să constat într-o după-amiază, când stăteam în jurul unei mese, alături de colegii mei rezidenți în chirurgie, ca să ne distribuim programul de gărzi la urgență pe următoarele luni, că nimeni nu se oferea să preia noaptea de vineri din data de 13. Ne alegeam pe rând zilele respective și totul părea să decurgă normal la primele câteva runde. Lăsasem cu toții deoparte vinerile, nopțile din perioada sfârșitului de săptămână nefiind deloc populare. Dar, cum nu mai rămăseseră decât foarte puține nopți nepreluate de nimeni dintre noi, s-a văzut foarte clar că o anume zi de vineri fusese evitată permanent. Ei, asta-i, mi-am zis în sinea mea, dar e de-a dreptul ridicol. Așa că, atunci când mi-a venit din nou rândul, mi-am trecut numele în dreptul acelei nopți. „Odihnește-te bine", mi-a zis un coleg. „O să ai o noapte plină." Am râs și am respins pe loc ideea.

Câteva zile mai târziu însă, consultându-mi calendarul, am constatat că în acea noapte de vineri urma să fie și lună plină. Apoi am mai auzit pe cineva spunând că tot atunci va fi eclipsă de Lună. Și pentru o clipă – doar pentru o singură clipă, rețineți! — am simțit că-mi pierd siguranța de sine. Mi-a trecut prin minte că poate voi avea, într-adevăr, o noapte nefericită. Fiind însă un medic echilibrat și bine pregătit, nu m-am lăsat pradă așa de ușor unor astfel de gânduri. M-am gândit că, indubitabil, toate evidențele erau

împotriva unor asemenea absurdități. După care, doar ca să am o confirmare, am mers la bibliotecă, să verific.

Am reușit să identific un singur studiu științific care evalua valabilitatea presupunerii că lucrurile merg prost într-o zi de vineri, 13. (Nu știu sigur ce anume este mai surprinzător: faptul că oamenii chiar au cercetat acest aspect sau acela că nu am găsit decât un exemplu izolat. În fond, în lumea în care trăim se studiază aproape orice. Odată, de pildă, frunzărind paginile publicațiilor din bibliotecă, am dat peste o lucrare ce prezenta modul în care se distribuie saliva în cavitatea bucală în timp ce mestecăm gumă.) Studiul din 1993, publicat în *British Medical Journal*, evalua, comparativ, spitalizarea victimelor unor accidente de circulație produse într-o comunitate dintr-o regiune limitrofă a Londrei, într-o zi de vineri, 13, cu cele dintr-o zi de vineri, 6. În ciuda faptului că traficul rutier din data de 13 era mai puțin intens decât cel din ziua de șase, numărul de internări al persoanelor accidentate a crescut, în ziua de 13, cu 52 de procente. „Pentru unii oameni, vineri, 13, e o zi fără noroc”, concludeau autorii. „Este recomandabil să se stea acasă.” N-au explicat însă cum se poate scăpa de ghinion la domiciliu.

Oricum, mi-am zis, nu sunt deloc edificatoare concluziile unui singur studiu asupra unei singure zile de vineri, 13, raportate la nivelul unui singur oraș. Creșterea numărului de accidente se putea datora foarte bine și unei variații întâmplătoare. Pentru a fi convingătoare, rezultatele negative ar trebui să se regăsească, în mod constant, într-un număr mai mare de studii. Și este necesar să se și probeze viabilitatea lor.

S-a demonstrat, în schimb, că ființele umane își imaginează, de regulă, diverse scenarii (fie ele optimiste sau pesimiste) în contexte în care acestea nici nu există de fapt. Pur și simplu, așa funcționează creierul nostru. Până și situațiile complet întâmplătoare ni se par, adesea, neîntâmplătoare. Un exemplu în acest sens, clasic de-acum, ne oferă statisticianul William Feller. În cursul bombardamentelor intense ale nemților asupra părții de sud a Londrei din timpul celui de-al Doilea Război Mondial, unele zone au fost lovite în repetate rânduri, în vreme ce altele nu au avut deloc de suferit Se pare că

acestea din urmă fuseseră evitate în mod voit ceea ce i-a determinat pe oameni să creadă că acolo își infiltraseră inamicii spionii. Când a analizat distribuția statistică a atacurilor germane însă, Feller a constatat că aceasta era pur întâmplătoare.

Tendința de-a vedea situații inexistente în realitate a fost numită sofismul pistolarului texan. Denumirea a fost inspirată de povestea unui texan care, după ce a tras câteva focuri de armă pe partea laterală a unui grajd, a încercuit găurile făcute de gloanțe, ca să arate ce bun țintaș era. La fel și noi, suntem înclinați să observăm mai întâi întâmplările neobișnuite – de pildă, patru evenimente nefericite ce s-au petrecut în aceeași zi – și apoi, sub influența lor, să elaborăm un scenariu corespunzător. Cred că am fi putut considera, în egală măsură, drept fatidică și ziua de joi, treisprezece, sau pe cea de joi, cinci. Constat însă că fobia legată de asocierea zilei de vineri cu data de 13 este răspândită pe scară largă. Donald Dossey, un cercetător în domeniul științelor comportamentale din Carolina de Nord, a analizat datele înregistrate în cadrul studiilor de urmărire a anumitor atitudini ale oamenilor și a observat că între șaptesprezece și douăzeci și unu de milioane de americani suferă de forme de anxietate moderate spre grave sau își modifică programul activităților curente datorită efectelor exercitate de *paraskevidekatriafobie* (care este denumirea grecească a sindromului cunoscut ca „teamă de vineri 13”). Astfel de persoane au diverse ritualuri pe care le practică înainte de-a pleca de-acasă, anunță la serviciu că sunt bolnave sau își amână călătoriile cu avionul ori cumpărăturile importante, generând anual, prin atitudinea lor, pierderi economice în valoare de șapte sute cincizeci de milioane de dolari.

Se pare că și mai în serios trebuie să fie luate superstițiile legate de Lună. Conform unui sondaj de opinie efectuat în 1995, 43% dintre americani considerau că Luna alterează comportamentul individual. Iar cel mai interesant de remarcat este faptul că specialiștii în domeniul sănătății mintale erau mult mai convinși de veridicitatea unei asemenea presupuneri decât cei care lucrau în alte sfere de activitate. Secole de-a rândul, felurite civilizații, din cele mai diverse zone ale globului pământesc, au crezut că Luna e

corelată cu nebunia – de aici și termenul de „lunatic”. Conceptul ciclurilor umane lunare pare, desigur, mult mai plauzibil decât efectul zilei de vineri, 13. Cândva, cercetătorii au respins ideea de cicluri biologice; în prezent însă, majoritatea acceptă faptul că anotimpurile pot influența dispoziția și comportamentul oamenilor, că fiecare dintre noi are propriul său „ritm circadian”, conform căruia temperatura corpului, agilitatea, capacitatea de memorare și dispoziția fluctuează ciclic, de-a lungul a douăzeci și patru de ore.

În urma unei documentări pe Internet, am reușit să găsesc circa o sută de studii care își propuseseră să identifice ciclurile „circalunare”. Cel care mi-a atras în mod deosebit atenția și care fusese publicat în *Medical Journal of Australia,* urmărise, pe parcursul a cinci ani, în cadrul unui spital din orașul australian New South Wales, fenomenul de tentativă de sinucidere prin otrăvire. Între anii 1988 și 1993, în unitatea respectivă fuseseră internate 2 215 persoane care luaseră o supradoză de medicamente sau se otrăviseră cu diverse substanțe toxice. Cercetătorii au verificat dacă momentele de vârf ale unor astfel de evenimente au fost influențate, în afară de fazele lunii, și de zodiacul personal ori de caracteristicile numerologice (care, așa cum au menționat autorii, au fost „calculate după formula prezentată în *Enciclopedia cunoștințelor antice interzise”).* Rezultatele studiului, deloc surprinzătoare, au arătat că frecvența cazurilor de autootrăvire nu depinsese de faptul că pacientul în cauză se născuse sub semnul Fecioarei sau al Balanței. Nici „numărul numelui” sau „numărul lunii” nu a avut vreo influență în acest sens. S-a constatat totuși că, în rândul femeilor (nu și al bărbaților), probabilitatea autoadministrării unei supradoze fusese, în perioadele cu lună plină, cu 25% *mai mică* decât în intervalul de timp cu lună nouă.

Destul de surprinzător este faptul că aceeași tendință de descreștere a ratei de autootrăvire a fost remarcată și în cadrul altor cercetări. Se pare că, dacă există într-adevăr o legătura între psihicul oamenilor și luna plină, aceasta are un efect protector. Autorii unui studiu efectuat în 1996, care a urmărit de-a lungul unui deceniu evoluția cazurilor de suicid înregistrate în regiunea franceză Dordogne, au conchis, într-o engleză fermecător de agramată, că

„francezul moare mai puțin în perioadele cu lună plină și mai mult în cele cu lună nouă”. Cercetările realizate în Cuyahoga County, Ohio și Dade County, Florida au observat și ele o scădere a frecvenței sinuciderilor în perioadele cu lună plină. Toate aceste studii n-au prea lămurit însă efectul fericit al lunii pline. Cu mult mai mare a fost numărul celor care nu au reușit să identifice nicio corelație între ciclurile lunare și suicid.

În ceea ce privește alte forme de demență, se pare că Luna nu are niciun fel de rol. Cercetătorii au trecut în revista înregistrările apelurilor la stațiile de poliție, ale consultațiilor psihiatrice, ale omuciderilor și ale altor manifestări cotidiene ale nebuniei noastre – inclusiv, am observat, solicitările de la camerele de gardă. Ei nu au găsit nicio corelație semnificativă, fie ea negativă sau pozitivă, cu Luna.

Reconfortat de ceea ce aflasem în timpul incursiunii mele în bibliotecă, am plecat cu convingerea că nici luna plină, nici data fatidică nu-mi vor amenința garda de noapte. Mai erau două săptămâni până atunci. A sosit și seara când mă programasem de serviciu. Am intrat în camera de gardă la ora 18 fix, ca să preiau tura rezidentului care fusese de serviciu peste zi. Spre dezamăgirea mea, avea să-mi lase în grijă o mulțime de pacienți. Dar nici nu începusem bine consultațiile, când a fost adus un nou caz de traumatism – un tânăr palid, în vârstă de douăzeci și opt de ani, inconștient, accidentat în urma unei coliziuni auto frontale, datorată vitezei excesive. Poliția și paramedicii spuneau că își amenințase prietena cu o armă. Când echipajul de poliție a sosit la fața locului, s-a urcat la volanul mașinii și-a pornit în trombă, iar urmărirea a avut ca deznodământ o ciocnire de proporții.

Nici restul nopții n-a decurs mai ușor. Eram, cum se zice, „terminat” – alergam de colo până colo, n-aveam nici două minute la dispoziție ca să-mi trag sufletul și abia reușeam să fac față solicitărilor.

Explicația a venit de la o asistentă: „E lună plină și vineri, 13.”

Eram pe punctul de-a afirma că, de fapt, studiile infirmă existența vreunei corelații. Nici n-am apucat însă să articulez vreun cuvânt, când mi-a sunat pagerul. Mă anunța că sosise o nouă victimă.

Paradoxul durerii

Toate durerile au propria lor poveste, iar cea a lui Rowland Scott Quinlan e legată de un accident petrecut cu multă vreme în urmă, când avea cincizeci și șase de ani. Arhitect de meserie și navigator pasionat, cu o claie de păr alb și mare amator de ținute elegante și de țigări de foi olandeze, Quinlan deținea o firmă prosperă, pe strada Beacon, în Boston, care proiectase câteva clădiri importante, precum cea a Facultății de Medicină a Universității din Massachusetts. În martie 1988, a căzut de pe o platformă, în timp ce se afla pe șantierul de construcție al unuia dintre obiectivele pe care le avea în plan – un pavilion al Grădinii Zoologice din Parcul Franklin. N-a avut nicio problemă la coloană, dar și-a dislocat și fracturat umărul stâng, ceea ce a impus efectuarea mai multor intervenții chirurgicale. În toamnă s-a întors la planșeta de lucru; nu după mult timp însă, a simțit în spate un spasm dureros. Episoadele s-au repetat. La început a încercat să le ignore, dar destul de curând au devenit insuportabile. I s-a întâmplat, nu o dată, ca, stând de vorbă cu un client, durerea de spate să capete, brusc, o intensitate atât de mare, încât abia reușea să nu urle în timp ce era ajutat să se așeze pe un scaun sau pe podea. În timp ce se afla la restaurant, împreună cu un coleg, durerea atroce, instalată pe neașteptate, l-a făcut să vomite pe loc, la masă. Curând, n-a mai putut lucra decât maximum două-trei ore pe zi, așa că a fost nevoit să-și lase firma pe mâinile partenerilor lui.

Ortopedul îi făcuse lui Quinlan numeroase radiografii. Niciuna nu evidenția ceva deosebit – poate un început de artrită, dar nimic neobișnuit. Așa că a fost trimis la un medic specialist, care i-a injectat la nivelul coloanei vertebrale întregul conținut al unei seringi cu ac lung, compus dintr-un amestec de steroizi și anestezic local. Efectul primelor intervenții epidurale se menținea, la început, timp de mai multe zile, uneori chiar săptămâni; următoarele injecții

însă îi atenuau din ce în ce mai puțin durerea, până când, la un moment dat, n-au mai avut nicio eficiență.

Îi văzusem întregul teanc de rezultate ale investigațiilor medicale pe care le efectuase, de la tomografia computerizată, la radiografii și teste de laborator. Nu sesizasem niciun element de suspiciune, care m-ar fi ajutat să înțeleg cauza severității acelei dureri de spate: nu exista nici urmă de fractura, tumoare sau infecție, ori măcar vreun semn de inflamație artritică. Vertebrele erau aliniate perfect. Niciunul dintre discurile intervertebrale, cu aspect translucid, nu era fisurat. Două dintre ele, situate în zona lombară, erau ceva mai proeminente – ceva normal la bărbații de vârsta lui –, dar fără să creeze impresia că ar fi exercitat presiune asupra vreunui nerv. Până și un medic debutant și-ar fi putut da seama că nu exista nicio cauză vizibilă în măsură să determine o intervenție chirurgicală la nivelul coloanei.

Când întâlnim un pacient care prezintă durere de spate cronică nesusținută de rezultatele examenului fizic – iar astfel de cazuri sunt din ce în ce mai frecvente –, noi, doctorii, avem tendința de-a nu mai continua investigațiile. Pentru noi, totul în această lume trebuie să aibă o explicație și o logică, să pună probleme pe care să le putem vedea sau palpa ori, măcar, evalua cu ajutorul vreunui aparat. Așa că, după părerea noastră, în cazul lui Quinlan se poate formula o singură concluzie: durerea este doar în mintea lui – nu e de natură fizică, ci, într-o oarecare măsură, mai puțin reală, ținând, mai degrabă, de „sfera mentală”. De altfel, ortopedul îi și recomandase să meargă atât la un psihiatru, cât și la un kineto terapeut.

Când i-am făcut o vizită acasă, într-un oraș de lângă Boston situat la malul mării, l-am găsit pe Quinlan în locul unde, așa cum avea să se dovedească mai târziu, îi plăcea cel mai mult să-și petreacă timpul: la masa de lucru din bucătărie, amplasată în dreptul unei ferestre înalte cât peretele, cu vedere spre o grădină mică. Avea într-o parte câteva suluri de hârtie cu schițe ale unor proiecte nefinalizate, iar pe o altă latură a mesei, un telefon mobil *hands free*. Într-un suport ținea douăsprezece sorturi de creioane, câteva rigle mici și un raportor. A schițat o grimasă de durere când s-a ridicat să mă salute. Mi-a zburat gândul la investigarea medicală minuțioasă

care i se făcuse și la toate imaginile „curate” ale coloanei sale vertebrale: să se fi prefăcut?

Mi-am exprimat cu glas tare nedumerirea. S-a străduit să zâmbească și mi-a răspuns că, uneori, se întreabă și el același lucru. „Am o viață destul de confortabilă aici”, mi-a zis Quinlan. Avea semne de avertizare auto pentru persoane cu handicap și securitate financiară, nu resimțea niciuna dintre presiunile obișnuite ale celor care conduc o afacere, iar dacă nu voia să facă vreun lucru oarecare, era suficient să motiveze că-l durea spatele înfiorător de tare. Cu toate acestea, chiar dacă avea pe braț un plasture care-i asigura, în permanență, doze mari de fentanil (un narcotic), nu era capabil să facă nici măcar cele mai simple lucruri – să stea drept, să urce scările sau să doarmă întins pe spate mai mult de patru ore – fără să aibă senzația acută că, vorba lui, „cineva îi smulge un mușchi din spate”.

Am întrebat-o pe soția lui, o femeie înaltă, cu câțiva ani mai tânără decât el, cu trăsături frumoase și ochi melancolici, dacă-i trecuse vreodată prin minte că bărbatul ei se prefăcea.

Mi-a spus că văzuse acea durere zi și noapte, de aproape zece ani, și că s-a confruntat permanent cu problemele din ce în ce mai serioase pe care le genera, impunându-le amândurora, în viața de zi cu zi, tot mai multe restricții. Asistase la cele mai diverse situații în care durerea îl doborâse; or, își cunoștea atât de bine soțul, încât era sigură că nu s-ar fi prefăcut. O să încerce să ducă aperitivele, dar o să fie nevoit să le dea altcuiva după numai câteva clipe. Cu toate că adora filmele, nu mai fuseseră la cinema de ani și ani. Uneori, durerea pe care i-o pricinuia mișcarea era așa de puternică încât își murdărea pantalonii până să ajungă la baie.

Există, totuși, unele aspecte care o nedumeresc și care-o determină să se întrebe dacă nu cumva, în anumite privințe, durerea era doar în mintea lui. Observă că, atunci când soțul ei este mai neliniștit sau nervos, simptomele se agravează, iar când e binedispus sau pur și simplu foarte preocupat de ceva, durerea dispare. Are episoade depresive ce par să-i provoace spasme teribile, aproape indiferent de tipul de activitate fizică în care e angrenat. E la fel de nedumerită ca și medicii lui de faptul că nu pricepe cum de o durere

poate fi atât de invalidantă, fără să fie generată de nicio anomalie perceptibilă de natură fizică. Și ce-mi putea spune despre împrejurările care prefigurau, de obicei, un episod dureros – o stare de spirit, un gând, uneori absolut niciun motiv aparent? Asemenea manifestări o frapau, considerându-le neobișnuite și încercând să le găsească o explicație. Adevărul, deconcertant, este că Roland Scott Quinlan nu este o persoană neobișnuită. Iar cazul lui este tipic pentru majoritatea celor care suferă de dureri cronice.

Dr. Edgar Ross, un anestezist în pragul vârstei de patruzeci de ani, este director al centrului de tratament pentru dureri cronice din cadrul Brigham and Women's Hospital din Boston, în evidența căruia se află și Quinlan. Pacienții care solicită asistența doctorului Ross prezintă cele mai diverse tipuri de dureri ce pot fi imaginate: de spate, de gât, de natură artritică, la nivelul întregului corp, neuropatice, corelate cu SIDA, pelviene, de cap ori ale „membrului fantomă". Sunt persoane care consultaseră deja numeroși alți doctori și încercaseră multiple terapii, inclusiv din categoria celor chirurgicale, toate însă fără niciun rezultat mulțumitor.

Sala de așteptare a centrului nu are un aspect diferit de cel al altor unități medicale. Aceeași mochetă albastră, aceleași numere vechi de reviste, aceeași expresie impasibilă pe chipul pacienților care așteaptă în liniște, unul lângă altul, pe scaunele aliniate de-a lungul peretelui. O casetă transparentă găzduiește scrisori de mulțumire. Când l-am vizitat de curând pe dr. Ross, om observat însă că acestea nu erau tocmai tipul de declarații de recunoștință pe care doctorii le etalează cu satisfacție. Pacienții care veneau acolo nu le mulțumiseră medicilor pentru tratamentul administrat, ci, pur și simplu, pentru faptul că le luaseră în serios durerea – că erau convinși de existența ei. Adevărul e că mulți doctori – mă refer și la mine – le sunt recunoscători celor specializați în durere. Cu toate că vrem să avem o atitudine neutră în ceea ce privește implicarea afectivă în relația medic-pacient, admitem, între noi, că socotim persoanele care suferă de durere cronică o sursă de frustrare și de profundă nemulțumire: evaluarea unor simptome pe care nu le putem nici explica, nici ameliora ne zdruncină pretențiile de

competență și de autoritate. Așa că nu putem fi decât fericiți că există oameni ca dr. Ross, capabili să ne preia responsabilitatea tratării unor astfel de pacienți.

Ross mă conduce în biroul său. Are un glas blând și molcom, un aer calm, în perfectă concordanță cu specificul activității lui. Îmi spune că problema lui Quinlan este cea mai frecventă simptomatologie pe care a întâlnit-o în cariera lui. La ora actuală, durerea cronică de spate se situează pe locul al doilea, după răceala obișnuită, în topul afecțiunilor ce determină absența de la locul de muncă și este răspunzătoare pentru circa 40% din plățile compensatorii acordate angajaților. De altfel, SUA se confruntă în prezent cu o adevărată epidemie de dureri de spate, și nimeni nu-și explică de ce. Conform accepțiunii generale, le încadrăm în categoria problemelor de natură mecanică, generate de solicitarea necorespunzătoare a coloanei vertebrale. În consecință, avem, de vreo șaizeci de ani, programe de protecția muncii, iar actualmente există chiar și „școli pentru spate", unde se învață, printre altele, „modalitatea corectă de a ridica ceva". În ciuda faptului că numărul oamenilor angrenați în activități fizice brute a scăzut constant, procentul celor afectați de durere cronică de spate este mai mare ca niciodată.

Așa cum remarca Ross, explicația de ordin mecanic este, aproape cu siguranță, greșită. Este adevărat că ridicarea incorectă a unui obiect poate provoca o întindere musculară sau o deplasare de disc intervertebral. O asemenea problemă apare, la un moment dat, în viața tuturor, dar în majoritatea cazurilor, efectele ei neplăcute nu persistă. Scorurile studiilor au încercat, fără niciun succes însă, să identifice factorii fizici capabili să prefigureze care dintre afectările acute ale spatelui se vor solda cu durere cronică de coloană. De pildă, doctorii considerau că durerea era asociată cu discurile intervertebrale lezate, dar cercetările recente n-au validat o atare ipoteză. Scanarea coloanei vertebrale prin rezonanță magnetică nucleară (RMN) relevă faptul că majoritatea oamenilor care nu prezintă dureri de spate au protruzii la nivelul discurilor intervertebrale. Există însă și numeroși pacienți cu dureri de spate, cum este și cazul lui Quinlan, în cazul cărora nu sunt evidențiate

leziuni structurale. Ca să nu mai vorbim de faptul că, până și în rândul celor cu anomalii detectate imagistic, nu s-a găsit nicio corelație între severitatea durerii și cea a problemelor identificate.

Dacă starea în care se află spatele dumneavoastră nu prefigurează riscul instalării unei dureri cronice la nivelul respectiv, atunci ce anume poate contura o atare perspectivă? Ei bine, este vorba despre tot felul de aspecte ale vieții cotidiene, pe care nici medicii, nici pacienții nu prea vor să le ia în considerare. Cercetările scot în evidență influența unor factori „anorganici", cum sunt singurătatea, implicarea în litigii, statutul de beneficiar al unei compensații salariale, nemulțumirea față de locul de muncă. Să luăm ca exemplu epidemia de dureri de spate înregistrată chiar în cadrul profesiei medicale. Erau vremuri când agenții de asigurări pentru handicap îi considerau pe doctori clienții lor ideali. Nimic nu-i abătea pe medici de la activitatea lor curentă – nici anii în care stăteau aplecați deasupra mesei de operație, nici artrita, nici măcar vârsta înaintată. Așa că, încercând din răsputeri să-și atragă cât mai mulți clienți, agenții de asigurări se concurau unul pe altul, supralicitându-și ofertele avantajoase și beneficiile generoase. În ultimii ani însă, numărul medicilor care suferă de dureri de ceafă sau de spate invalidante a crescut semnificativ. E inutil să precizăm faptul că doctorii nu sunt nevoiți, prin natura meseriei lor, să care greutăți. A fost identificat, cu toate acestea, un factor de risc confirmat și de cercetători: aplicarea pe scară tot mai largă a sistemului de *managed care*[{17}] a avut, în sfera profesiei medicale, un impact negativ asupra satisfacției în muncă.

René Descartes a explicat, acum mai bine de trei secole, ce înseamnă durerea, iar punctul lui de vedere a dominat, în tot acest răstimp, aproape întreaga istorie a medicinii. În concepția sa, durerea era un fenomen de natură pur fizică – lezarea unui țesut determină stimularea anumitor nervi ce transmit impulsul respectiv către creier, generând, astfel, percepția durerii la nivel mental. E ca și când s-ar fi tras de o sfoară ce acționa un clopoțel situat în interiorul creierului. Actualmente, în secolul XXI, cercetările asupra durerii au avut în vedere, cu precădere, identificarea fibrelor nervoase implicate în transmiterea acesteia (cunoscute, în prezent,

sub denumirea de fibre A-delta și C) și a căilor specifice de vehiculare a impulsurilor dureroase. În practica medicală curentă, doctorii au o percepție cartezianǎ asupra durerii, pe care o considera un proces fizic, o manifestare a unei leziuni tisulare, încercăm să depistăm existența unei rupturi de disc intervertebral, a unei fracturi, infecții sau tumori și căutăm să reparăm prejudiciile.

De la o vreme însă, a devenit tot mai evident faptul că o atare explicație mecanicistă este prea simplistă. În timpul celui de-al Doilea Război Mondial, de pildă, locotenent-colonelul Henry K. Beecher inițiase un studiu clasic, pe un eșantion de bărbați răniți grav în timpul luptelor. Conform concepției carteziene, severitatea leziunii ar trebui să fie direct proporțională cu cea a durerii. Cu toate acestea, 58 de procente dintre subiecți – oameni cu fracturi multiple, cu plăgi prin împușcare ori cu membre răsucite – semnalaseră doar dureri ușoare sau chiar absența totală a durerii. Numai 27 de procente dintre participanți au avut manifestări suficient de serioase încât să impună **administrarea** unui tratament analgezic, deși, în cazul pacienților civili, astfel de leziuni necesită, de regulă, medicamente din clasa narcoticelor. În mod cert, în mintea lor se întâmpla ceva – Beecher credea că erau copleșiți de bucurie că scăpaseră cu viață – care contracara semnalele generate de leziunile respective. Începea să fie tot mai clar, așadar, faptul că durerea implica existența unui mecanism mult mai complex decât cel al unei simple transmisii de la nivelul leziunii la cel al lui „aoleu”.

În 1965, doi psihologi – unul canadian, Ronald Melzack, și celălalt britanic, Patrick Wall – au propus înlocuirea modelului cartezian cu așa-numita Gate-Control Theory of Pain (Teoria porții de control al durerii). După părerea lor, înainte de-a ajunge la creier, semnalele dureroase sunt supuse mai întâi unui mecanism de triere la nivelul măduvei spinării, care le-ar putea direcționa preferențial în sus sau în jos. În unele cazuri, poarta ipotetică ar avea, pur și simplu, capacitatea de-a împiedica transmiterea impulsurilor dureroase spre creier. De fapt, cercetătorii au identificat recent, în cadrul unei porțiuni din măduva spinării, o „poartă” pentru durere, numită corn posterior. Teoria explica

situațiile, aparent greu de înțeles, de felul celor în care durerea de la nivelul unui picior, de pildă, este ameliorată de simpla lui fracționare. (Manevra respectivă transmite către cornul posterior semnale ce închid poarta de acces pentru impulsurile dureroase.)

Cea mai surprinzătoare sugestie a celor doi psihologi a fost că, de fapt, controlul „porții" nu era realizat numai de semnalele emise de nervii senzoriali, ci și de emoții ori de alte „indicii" generate de creier. În opinia lor, pentru a face clopotul să sune nu era neapărat nevoie să se tragă de sfoară. Clopotul – mintea – se putea opri singur. Teoria lor a impulsionat efectuarea unui număr mare de cercetări care și-au propus să descifreze modul cum era influențată percepția durerii de diverși factori, precum starea de spirit, genul masculin sau feminin, convingerile personale. Într-un astfel de studiu, de exemplu, oamenii de știință au evaluat – prin utilizarea unei metode standard, numită „cold-pressor test" (test de presare la rece) - pragul de durere și nivelurile de toleranță ale unui număr de cincizeci și doi de dansatori ai unei companii de balet britanice și, respectiv, de cincizeci și trei de studenți. Testul, extrem de ingenios, este foarte simplu. (L-am probat și eu, acasă.) Îți imersezi mâna, timp de două minute, mai întâi într-un recipient cu apă la temperatura corpului, în vederea stabilirii unei valori de start, și apoi într-un vas cu apă rece, de la gheață, după care pornești un cronometru. Notezi momentul în care începe să te doară mâna: acela este pragul tău de durere. Ulterior, notezi momentul în care nu mai suporți să-ți ții mâna în apă: aceea este toleranța ta la durere. Pentru a evita producerea vreunei leziuni, testul este întrerupt întotdeauna la o sută douăzeci de secunde.

Rezultatele au fost uimitoare. Din rândul studenților, participantele de sex feminin au semnalat apariția durerii, în medie, după șaisprezece secunde și și-au tras mâna afară din apa rece după treizeci și șapte de secunde. Dansatoarele au înregistrat, la ambele tipuri de măsurători, valori aproape triple. Bărbații din cele două loturi de subiecți au avut un prag de durere și o toleranță mai mari – așa cum era de așteptat, ținând cont de faptul că studiile au relevat o sensibilitate la durere mai accentuată la femei, comparativ cu bărbații, cu excepția ultimelor săptămâni de sarcină; însă aceeași

diferență considerabilă s-a observat și între bărbații dansatori și cei care nu aveau o astfel de activitate. Cum se explică un atare decalaj? Probabil că are o legătură cu psihologia balerinilor – o categorie profesională care se remarcă prin spiritul de autodisciplină și cel de competitivitate, prin aptitudinile fizice deosebite, dar și prin frecvența mare a leziunilor cronice. Fără îndoială, tenacitatea firii lor și cultura de tip competitiv îi „familiarizează" cu durerea: așa se explică de ce reușesc să-și continue activitatea în ciuda deselor luxații și a așa-numitelor fracturi de stres; și, din același motiv, jumătate dintre balerini suferă prejudicii de natură fizică pe termen lung. (Ca și ceilalți subiecți cu alte profesii decât cea de balerin, am început să simt durerea după aproximativ douăzeci și cinci de secunde; dar am reușit să-mi țin mâna în apă rece, fără probleme, pe toată durata celor o sută douăzeci de secunde. Voi lăsa la latitudinea altora speculațiile pe tema semnificației acestui record pentru spiritul de obediență care le este inoculat rezidenților în domeniul chirurgiei.)

Alte studii, care au urmărit aspecte similare, au arătat, pe de-o parte, că toleranța durerii este mai mare la persoanele extravertite decât la cele introvertite, dar mai mică la consumatorii abuzivi de medicamente, care au și un prag al durerii mai scăzut, iar pe de altă parte, că, prin antrenament, poate fi diminuată sensibilitatea la durere. Există, de asemenea, dovezi uluitoare ce susțin ideea că până și unele sugestii mentale foarte simple pot avea efecte puternice asupra durerii. Astfel, în cadrul unui studiu efectuat pe cinci sute de pacienți supuși unor proceduri stomatologice diverse, s-a constatat că aceia cărora li s-a administrat o injecție cu placebo, despre care au primit asigurări că le va alina durerea, au avut cel mai mic grad de disconfort – nu numai față de cei cărora li s-a dat placebo, dar nu li s-a spus nimic despre efectul lui, ci și comparativ cu subiecții cărora li s-a oferit un anestezic real, neînsoțit însă de niciun comentariu încurajator cu privire la eficiența medicamentului. În prezent, este din ce în ce mai evident faptul că perceperea individuală a durerii nu presupune un simplu tras al clopotului, ci implică participarea activă a creierului. Astăzi, orice tratat de medicină prezintă teoria porții de control al durerii ca pe

un fapt real. Conceptul are însă și un punct slab. Nu explică situații ca aceea a lui Roland Scott Quinlan.

Teoria menționată acceptă concepția lui Descartes, potrivit căreia ceea ce simte cineva sub formă de durere este un semnal emis de țesutul lezat, transmis de nervi către creier, dar adaugă noțiunea că creierul deține controlul asupra unei „porți" de vehiculare a unui asemenea avertisment al zonei afectate. În cazul durerii de spate cronice a lui Quinlan însă, unde era localizată leziunea? Sau gândiți-vă, de pildă, la situațiile celor care simt durerea unui membru-fantomă. După amputarea unui membru, cei mai mulți oameni trec printr-o perioadă marcată de senzații permanente, rebele, de arsură sau de cârcei, identice cu cele pe care le-ar fi perceput dacă membrul respectiv ar fi fost în continuare la locul lui. În absența unui membru, nu există impulsuri nervoase asupra cărora poarta să trebuiască să-și exercite controlul. Și-atunci, de unde provine durerea? Au dispărut și sfoara, și limba clopotului, dar acesta poate să sune în continuare.

Într-o zi de primăvară a anului 1994, dr. Frederick Lenz, neurochirurg la spitalul Johns Hopkins, a adus pe masa de operație un pacient care prezenta un tremor sever al brațelor. Bolnavul, pe care-l voi numi Mark Taylor, nu avea decât treizeci și șase de ani, însă în timp, ajunsese să-i tremure mâinile într-o manieră atât de violentă, încât până și cea mai simplă activitate – scrisul, închisul nasturilor unei cămăși, băutul dintr-un pahar sau folosirea tastaturii la serviciu (lucra ca agent de achiziții) – devenise absurd de dificilă. Tratamentul medicamentos eșuase și i s-a întâmplat, nu o dată, să-și piardă locul de muncă datorită problemelor cu care se confrunta. Din dorința disperată de-a avea din nou o viață normală, a fost de acord să se supună unei proceduri delicate: o intervenție chirurgicală cerebrală ce urma să distrugă celulele unei structuri de mici dimensiuni, numită talamus, despre care se știa că este implicată într-un asemenea proces de stimulare excesivă a mâinilor.

Taylor avea însă și o altă mare problemă: se confruntase, vreme de șaptesprezece ani, cu o tulburare de panică gravă. Cel puțin o dată pe săptămână, când lucra la calculator sau în timp ce-i dădea

să mănânce unuia dintre copii, în bucătărie, era cuprins, brusc, de dureri toracice puternice, ca și când ar fi avut un atac de cord. Îi bătea tare inima, îi vâjâiau urechile; i se tăia respirația și avea o nevoie irezistibilă de evadare. Psihologul pe care-l consultase Lenz îl asigurase însă că nu exista riscul ca tulburarea respectivă să stânjenească în vreun fel operația programată.

Lenz spune că, inițial, totul a decurs așa cum se aștepta. A injectat un anestezic local – intervenția se efectuează pe pacientul aflat în stare de conștiență – și a practicat un mic orificiu în vârful craniului lui Taylor. Apoi a inserat adânc, în talamus, un dispozitiv electric lung, subțire. Lenz vorbea tot timpul cu Taylor, rugându-l să scoată limba, să miște o mână, să facă o mulțime de alte gesturi care să-i arate că era bine. Într-un asemenea tip de operație există pericolul distrugerii celulelor asupra cărora nu trebuie să se intervină: celulele talamice implicate în tremor sunt situate la o distanță de numai un milimetru de cele care au un rol esențial în funcțiile senzoriale și în activitatea motorie. Așadar, înainte de a cauteriza cu un al doilea dispozitiv electric, de dimensiuni mai mari, chirurgul trebuia să identifice, mai întâi, celulele ce necesitau intervenția, prin aplicarea unor stimuli electrici de mică intensitate. Dispozitivul era introdus într-o porțiune a talamusului lui Taylor marcată de Lenz cu indicativul „Situsul 19”, pe care a expus-o acțiunii unui curent electric de voltaj scăzut. Mi-a spus că efectuase procedura respectivă de sute de ori până atunci și întotdeauna avea același efect asupra pacienților, care simțeau o pișcătură în antebraț. Este aproape sigur că o senzație similară avusese și Taylor. Ulterior, Lenz a repetat operațiunea la nivelul unei zone alăturate, denumită de el „Situsul 23”, caz în care stimularea produce, de regulă, o ușoară și foarte banală furnicătură în piept. De data aceea însă, Taylor a simțit, pe neașteptate, o durere mult mai penetrantă – de fapt, exact tipul de disconfort toracic pe care-l avea în timpul atacurilor de panică, însoțit, ca de obicei în momentele respective, de senzația de sufocare și de sentimentul de moarte iminentă. Intensitatea ei i-a smuls un țipăt și aproape că l-a determinat să sară de pe masă. Când Lenz a oprit stimularea, senzația a dispărut, iar Taylor a redevenit, brusc, la fel de calm ca înainte. Derutat,

chirurgul a reluat expunerea Situsului 23 la curent electric și a constatat că intervenția a produs din nou același efect asupra pacientului. S-a oprit iarăși, i-a cerut scuze lui Taylor pentru disconfortul provocat și și-a continuat demersul de localizare a celulelor responsabile de tremor, în vederea cauterizării. Operația a fost încununată de succes.

Cu toate acestea, în timp ce încheia procedura, Lenz se tot gândea la ce se întâmplase. Doar o singură dată mai întâlnise un efect asemănător: la o bolnavă în vârstă de șaizeci și nouă de ani, cu un istoric îndelungat de angină pectorală cu probleme, ce survenea nu doar ca urmare a practicării unei activități intense, ci și în situațiile ce implicau un efort fizic moderat, care n-ar fi fost normal sa-i suprasolicite inima. Când a operat-o, aplicând o tehnică similară celei folosite în cazul lui Taylor, Lenz a constatat și la ea că stimularea secțiunii microscopice a creierului, ce induce de obicei doar o ușoară senzație de furnicătură în piept, i-a declanșat o durere toracică mult mai puternică, pe care-o cunoștea foarte bine – era acea senzație caracterizată de pacientă ca fiind „profundă, înfricoșătoare, apăsătoare”. Poate că semnificația unui asemenea fenomen n-ar fi fost deslușită niciodată, dar Lenz își consacrase mulți ani din viața de medic studiului durerii, așa că și-a dat seama că asistase la manifestarea unui efect important și edificator. Așa cum arăta într-un articol publicat ulterior în revista *Nature Medicine,* anvergura reacției observate în cazul celor doi pacienți era surprinzător de disproporționată față de intensitatea stimulului. Ceea ce generează, la majoritatea oamenilor, o simplă furnicătură, pentru ei reprezenta o adevărată tortură. Părea că unele zone cerebrale care controlau senzațiile obișnuite căpătaseră o sensibilitate anormală – ca și când ar fi luat foc ca răspuns la niște stimuli complet inofensivi. În cazul femeii, declanșarea durerii toracice părea să constituie un indiciu al afecțiunii ei cardiace, dar împrejurările în care apăruse nu reflectau absolut deloc perspectiva unui atac de cord iminent Și mai ciudat este că, Taylor, durerea nu survenise în contextul unei afectări fizice preexistente, ci se manifestase exact ca în cazul tulburării lui de panică, or, se știe că aceasta este o problemă de natură psihică. Concluziile cercetărilor

lui Lenz sugerează că, de fapt, întregul fenomen al durerii își are originea „în mintea oamenilor” – și, mai mult decât atât, uneori, așa cum s-a întâmplat cu Mark Taylor sau, posibil, și cu Roland Scott Quinlan, sistemul durerii se poate deregla fără să existe niciun fel de leziune fizică incriminantă.

Aceasta este cea mai recentă teorie cu privire la durere. Cel mai înfocat susținător al ei este – cine altul? – Melzack, care, abandonând-o pe cea a porții de control, vehiculată spre sfârșitul anilor 1980, a încercat să spulbere reticențele auditorilor săi, invitându-i să accepte, în lumina datelor de ultimă oră, noul concept. El afirmă că, în actualul context, foarte bine susținut de rezultatele studiilor științifice, ar trebui să nu mai considerăm că durerea sau orice alt tip de senzație este un semnal „perceput” într-o manieră pasivă, la nivelul creierului. Desigur, leziunile determină impulsuri nervoase vehiculate printr-o poartă a măduvei spinării, însă creierul este acela care generează senzația de durere, chiar și în absența unor stimuli externi. Dacă un om de știință nebun n-ar mai lăsa din organismul dumneavoastră decât creierul, conservat într-un borcan, susținea Melzack, tot ați putea simți durerea – da, ați putea trăi, realmente, întreaga gamă de experiențe senzoriale.

Potrivit noii teorii, durerea și alte senzații sunt concepute la nivel cerebral, aidoma unor „neuromodule” – ceva asemănător cu programele de calculator individuale imprimate în memoria computerului ori cu înregistrările de pe un compact disc. Când apare senzația de durere, creierul este cel care activează un neuromodul ce induce experiența durerii, de parcă cineva ar apăsa pe butonul *play* al unui CD player. Iar butonul poate fi apăsat de o sumedenie de alte lucruri (în afară de intervenția unui neurochirurg asupra neuronului potrivit, pe care-l expune unui curent electric cu voltaj scăzut). În viziunea lui Melzack, neuromodulul durerii nu este o entitate anatomică discretă, ci o rețea, care leagă între ele, de fapt, componente din fiecare regiune a creierului. Indiciile sunt adunate de la nivelul nervilor senzoriali, al memoriei, al stării psihice și al altor centri, aidoma membrilor unei comisii care trebuie să decidă dacă e cazul sau nu să pornească muzica. În momentul în care ating un anumit prag, semnalele stimulează neuromodulul. Iar acordurile

declanșate nu sunt monotone. Durerea e o simfonie – un răspuns complex, ce include nu numai o senzație distinctă, ci și activitate motorie, o modificare a stării emoționale, o concentrare a atenției, o memorie complet nouă.

Dintr-odată, o simplă lovitură accidentală la degetul de la picior nu mai pare atât de banală. Într-o asemenea perspectivă, semnalul emis de degetul lezat tot trebuie să treacă prin poarta măduvei spinării, însă după aceea se alătură multor alte semnale din creier - generate de amintiri, anticipări, stări sufletești, confuzii. E posibil ca, prin combinarea lor, să activeze neuromodulul deget-durere. La unii oameni însă, se întâmplă ca stimulul fizic să fie anihilat, iar lovitura de la deget să treacă aproape neobservată. Până aici, nimic neobișnuit. Dar de-acum încolo, ne putem imagina – și aceasta este cea mai revoluționară implicație a conceptului formulat de Melzack – că același neuromodul se poate deregla, generând o durere reală la nivelul degetului de la picior, fără ca acesta să fi fost lezat în vreun fel. Neuromodulul ar putea intra într-o stare de alertă – ca în cazul Situsului 23 din creierul lui Mark Taylor. După care, orice l-ar putea relansa: o senzație tactilă ori de frică, un sentiment brusc de frustrare sau o simplă amintire.

Noua teorie cu privire la psihologia durerii a contribuit, într-o manieră aproape perversă, la orientarea farmacologiei durerii. Pentru farmacologi, Sfântul Potir al terapiei durerii cronice este o pilulă mai eficientă decât morfina, dar fără niciunul dintre efectele secundare ale acesteia (dependența, toropeala și insuficiența motorie). Dacă problema ce trebuie rezolvată implică existența unui sistem neuronal hiperactiv, atunci soluția o reprezintă un medicament capabil să-l pondereze. Așa se explică de ce, în cadrul unei abordări terapeutice care, acum zece ani, ar fi putut părea destul de ciudată, specialiștii în fenomenul durerii prescriu din ce în ce mai frecvent pentru pacienții lor cei mai dificil de tratat, medicamente antiepileptice, precum carbamazepina și gabapentina. În fond, preparatele farmaceutice de tipul celor menționate nu fac altceva decât să răspundă scopului propus: ajută celulele creierului să-și moduleze excitabilitatea. S-a constatat, până în prezent, că astfel de agenți terapeutici sunt eficienți numai pentru unii oameni –

Quinlan era unul dintre cei care urmase, timp de peste șase luni, fără succesul scontat, un tratament cu gabapentină; companiile farmaceutice fac însă eforturi susținute în direcția elaborării unei noi generații de compuși „neurostabilizatori" similari.

Pornind tocmai de la asemenea premise, Neurex, de pildă, o mică firmă de biotehnologie din Silicon Valley (cunoscută, în prezent, sub numele de Elan Pharmaceuticals), a sintetizat, nu demult, din veninul unor melci marini din genul *Conus,* un medicament antalgic. Se știe că veninurile au un remarcabil potențial biologic și că, spre deosebire de majoritatea proteinelor naturale pe care cercetătorii au încercat să le utilizeze în scopuri terapeutice, nu sunt afectate de mecanismele de degradare a proteinelor ce acționează la nivelul organismului uman. Abilitatea oamenilor de știință constă în neutralizarea veninului și modificarea structurii sale, astfel încât să se preteze pentru uz medical. Era cunoscut faptul că veninul melcilor din genul *Conus* are efect letal, din cauza blocării căilor cerebrale specifice implicate în excitarea neuronilor. În urma unor modificări ale formulei originale a moleculei de venin, cercetătorii de la Neurex au reușit să creeze Ziconotid, un medicament ce produce doar o ușoară inhibiție a căilor respective. Se pare că, în loc să anihileze funcționarea celulelor creierului, noul preparat le stopează, pur și simplu, excitabilitatea. În primele studii clinice în care a fost evaluat, Ziconotid a avut o acțiune eficientă în tratamentul durerii cronice provocate de boala canceroasă și de SIDA. Un alt reprezentant al noii generații de analgezice, produs de compania Abbott Laboratories și denumit ABT-594, are o formulă asemănătoare celei a unui compus otrăvitor secretat de o specie ecuadoriană de broaște, *Epibpedobates tricolor*. În cadrul unui experiment efectuat pe animale de laborator s-a dovedit că ABT-594 avea un efect analgezic de cincizeci de ori mai puternic decât cel al morfinei. Companiile farmaceutice se pregătesc să lanseze și o altă clasă de agenți terapeutici, cunoscuți sub denumirea de antagoniști NMDA, care sunt utilizați tot în scopul diminuării excitabilității neuronilor. Poate că unul dintre ei se va dovedi a fi tocmai analgezicul pe care-l caută Quinlan și alți pacienți cu probleme similare.

Din păcate, soluția terapeutică oferită de asemenea medicamente rezolvă problema, în cel mai bun caz, doar pe jumătate. Obiectivul prioritar al cercetării îl constituie identificarea, în cazul unor astfel de pacienți, a modalității optime prin care poate fi împiedicat procesul de alertare a sistemului durerii. Când vorbesc despre durerea lor cronică, oamenii obișnuiesc să amintească, la început, de producerea unui prim traumatism. Așa că, dintr-o perspectivă istorică, am încercat să împiedicăm instalarea durerii cronice prin prevenirea afectărilor acute. Conceptul a câștigat rapid adepți în sfera economică, unde s-a dezvoltat o gamă variată de produse ergonomice. Cu toate acestea, lecțiile desprinse din experiențele doctorilor Ross și Lenz sugerează că antecedentele durerii trebuie căutate mai atent, ele nelimitându-se la nivelul mușchilor și oaselor pacienților. De fapt, unele forme de durere cronică au o evoluție surprinzător de asemănătoare cu cea a unei epidemii sociale.

În Australia, la începutul anilor 1980, foarte mulți muncitori – mai ales cei care lucrau ca programatori – au început să prezinte dintr-odată dureri invalidante la nivelul brațului, diagnosticate de medici sub numele de *repetition strain injury*, sau, prescurtat, RSI[{18}]. Nu era defel vorba de o simptomatologie ușoară, asemănătoare așa-numitei crampe a scriitorului, ci de o durere severă, caracterizată, la debut, printr-un disconfort minor, ce se manifesta în timpul utilizării tastaturii sau al altor activități repetitive, dar care avea o evoluție invalidantă. Durata medie a absentării de la locul de muncă în cazul unei persoane care avea asemenea probleme era de șaptezeci și patru de zile. Nici în situația unor astfel de pacienți, aidoma celor cu durere de spate cronică, nu au putut fi identificate anomalii fizice evidente, care să justifice simptomele, sau tratamente eficiente. Iar numărul de cazuri înregistra o creștere epidemică. Înainte de 1981, o asemenea simptomatologie era ca și inexistentă, dar până în 1985, când s-a semnalat apogeul acelui fenomen, aproape contagios, durerea de braț ajunsese să afecteze o masă uriașă de muncitori. În două state australiene, 30% din forța de munca angajată în unele ramuri industriale era în incapacitatea de muncă provocată de RSI; în același timp, existau grupuri de lucrători care nu erau deloc afectați. Chiar și în cadrul unei singure organizații apăreau astfel de

grupuri. La Telecom Australia, de exemplu, incidența RSI în rândul operatorilor de telefonie dintr-un singur oraș varia foarte mult între un departament și altul. Iar cei care au studiat fenomenul n-au reușit să găsească nicio corelație între RSI și factorii fizici din mediul de lucru – natura repetitivă a muncii sau caracteristicile ergonomice ale echipamentului utilizat de muncitori. Apoi, la fel de brusc cum debutase, epidemia a început să capete un curs descendent. Până în 1987, se stinsese, practic, complet. Spre finele anilor 1990, cercetătorii australieni se plângeau că nu putuseră să găsească un număr suficient de pacienți cu RSI ca să studieze fenomenul.

Durerea de spate cronică face parte din viața noastră de atâta vreme, încât este dificil, din punct de vedere conceptual – chiar și politic –, să facem o evaluare retrospectivă, ca să-i identificăm etiologia socială, nemaivorbind de încercarea de-a elucida modul în care factorii culturali determină dereglarea sistemului durerii unui individ. Epidemia din Australia demonstrează forță unor astfel de factori de a provoca, la scară națională, fenomene algice autentice, invalidante; și totuși cunoștințele noastre cu privire la cauzele apariției lor și la modalitățile de control adecvate sunt foarte precare. Știm, din cele mai variate studii efectuate până în prezent, că rețelele de suport social – un mariaj fericit și un loc de muncă satisfăcător, să zicem – le conferă oamenilor protecție față de durerea de spate invalidantă. Și mai știm, din date statistice, că stabilirea anumitor diagnostice tranșante și acordarea indemnizațiilor pentru incapacitate de muncă (și, într-un fel, recunoașterea și validarea oficială a problemei în speță) pot duce la perpetuarea unor asemenea fenomene cronice, în Australia, de exemplu, mulți cercetători consideră că principalii factori declanșatori ai epidemiei au fost etichetarea RSI drept un diagnostic implacabil și măsurile precipitate ale guvernului în vederea asigurării unor compensații bănești pentru sindromul în cauză, încadrat într-un grad de invaliditate. Când diagnosticul n-a mai fost agreat de medici, iar fondurile necesare pentru indemnizațiile de incapacitate de muncă au devenit tot mai greu de obținut, incidența simptomelor asociate cu respectivul diagnostic a înregistrat un

declin rapid. A reieșit, totodată, că declanșarea epidemiei a fost favorizată, de fapt, de publicitatea inițiată în jurul posibililor candidați la statutul de pacienți cu RSI și de campaniile locale concertate, menite să încurajeze semnalarea simptomatologiei specifice sau să instituie diverse măsuri novatoare de natură ergonomică. Relativ recent, în SUA a fost lansată o dezbatere referitoare la cauzele apariției unui fenomen epidemic similar, căruia i-au fost atribuite diverse denumiri, precum accidentare provocată de mișcări repetate, tulburare datorată mișcărilor repetitive sau tulburare traumatică cumulativă (care este și varianta agreată oficial). Se dovedea din nou că factorii de risc cei mai importanți erau, cu precădere, de natură socială, nu fizică.

Nu numai durerea de spate și cea de braț sunt generate de alte cauze decât cele fizice. Studiile au arătat că întregul context social joacă un rol hotărâtor în cazul multor sindroame algice cronice, precum durerea pelviană cronică, tulburările articulației temporo-mandibulare și cefaleea de tip tensiune, ca să enumerăm doar câteva exemple. Reiau ideea că nu se pune problema unei exagerări nejustificate a simptomatologiei din partea pacienților. Așa cum sugerează Melzack, durerea neprovocată de o leziune fizică nu este deloc mai puțin reală și credibilă decât cea care are o asemenea cauză – precis că la fel stau lucrurile și la nivelul creierului. Prin urmare, o abordare empatică a durerii cronice implică și o analiză atentă a coordonatelor ei sociale, nu numai a celor fizice. Pentru că e posibil ca soluționarea problemelor generate de durerea cronică să țină mai degrabă de ceea ce se petrece în lumea exterioară decât de fenomenele din forul nostru interior. Noua teorie a durerii are numeroase implicații, dar cea mai surprinzătoare și mai complexă este următoarea: a conferit durerii conotații politice.

O senzație de disconfort

La început, starea de greață nu părea să pună niciun fel de probleme. Amy Fitzpatrick era însărcinată în opt săptămâni – cu gemeni, așa cum evidențiase ecografia – și, urmărind evoluția surorii și prietenelor sale în timpul sarcinii, înțelesese că un astfel de simptom era inerent. Prima ei experiență de acest fel a fost însă, fără îndoială, foarte neplăcută. Era în plin trafic, pe FDR Drive din New York, la volanul automobilului său, un Honda Civic, grăbindu-se să ajungă la serviciu. În timp ce rula cu aproape 80 de kilometri pe oră, și-a dat seama, la un moment dat, că-i vine să vomite.

Fitzpatrick avea douăzeci și nouă de ani, era înaltă, părul negru și des realiza un contrast plăcut cu paloarea tenului de irlandeză, iar fața ei cu gropițe și aerul aproape adolescentin creau impresia că era greu să fie luată în serios, în ciuda MBA-ului obținut la Universitatea Wharton. Locuia în Manhattan; soțul era consultant de investiții la o bancă în oraș, iar ea preferase să lucreze în Manhasset, Long Island, pe un post de consultant în management pentru North Shore Health System. Era o dimineață răcoroasă de martie și trebuia să găsească urgent un loc unde să se oprească.

Când a ieșit de pe autostradă și s-a angajat pe Triborough Bridge, se simțea ametită, iar stomacul îi era într-o stare de agitație cumplită. Era în ceea ce se numește, în limbaj științific, „fază prodromală de vomă”. Apare o salivație abundentă, uneori cu caracter torențial. Se dilată pupilele. Inima bate într-un ritm nebunesc. Vasele de sânge de la nivelul pielii se contractă, accentuând paloarea – oamenii de știința de la NASA au utilizat chiar senzori epidermici în scopul detectării așa-numitului rău de spațiu al astronauților, care, foarte adesea, nu recunosc că au stări de greață. Oamenii sunt cuprinși de transpirații reci. În decurs de numai câteva minute se instalează o stare de oboseală și, deseori, de somnolență. Sunt afectate serios atenția, reflexele și concentrarea.

Într-un atare context, stomacul devine sediul unei activități electrice anormale, care îl împiedică să se golească și îi induce tendința de relaxare. Esofagul se contractă și trage porțiunea superioară a stomacului, de la nivelul abdomenului, prin intermediul diafragmei, către torace, formându-se un fel de pâlnie între stomac și esofag. Apoi, dintr-o singură mișcare, cunoscută sub numele de „contracție masivă retrogradă", intestinul subțire superior (duodenul) își evacuează conținutul înapoi, în stomac, fază ce precedă procesul de vomă propriu-zis. În porțiunea inferioară a intestinului subțire se produc contracții ritmice de mai mică anvergură, care împing conținutul către colon.

Fitzpatrick s-a înscris, ca și ceilalți șoferi din preajma ei, pe culoarul de ieșire de pe pod. Căuta un loc unde să poată trage pe partea dreaptă a drumului, dar nu vedea niciunul. A început să treacă de pe o bandă pe alta, spre stânga, încercând cu disperare să găsească un refugiu printre sensurile de mers către și dinspre punctele de plată a taxelor. Senzația de vomă devenise iminentă, așa că a smuls, în ultimul moment, o pungă de plastic goală. Apoi a vomat – în punga pe care-o ținea cu o mână, dar și pe rochia și pe jacheta pe care le purta. A reușit totuși să-și țină ochii deschiși și să păstreze direcția mașinii, până ce a putut să evadeze din trafic. S-a oprit într-un refugiu, s-a aplecat în față peste centura de siguranță și a vomat tot ce-i mai rămăsese în stomac.

Actul propriu-zis al vomei are două faze. Cea pregătitoare implică două etape de contracții coordonate ale mușchilor abdominali, diafragmei și mușchilor inspiratori, în urma cărora nu se elimină nimic. În faza de expulzare, diafragma și abdomenul suferă o contracție puternică, prelungită, ce generează presiune intensă în stomac; relaxarea esofagului induce un efect asemănător celui determinat de deschiderea supapei unui hidrant de incendiu.

După ce vomită, oamenii se simt mai bine, de regulă, cel puțin pentru un timp. În cazul lui Fitzpatrick nu s-a întâmplat așa. Stătea în mașină, așteptând să-i treacă starea de rău, dar în zadar. În cele din urmă, cu toată senzația de greață persistentă, a pornit din nou mașina spre pod și a făcut cale întoarsă spre casă, unde s-a băgat direct în pat. În următoarele zile a început să-și piardă pofta de

mâncare și să nu mai suporte deloc mirosurile puternice. La sfârșitul săptămânii a plecat împreună cu soțul ei, Bob, spre Alexandria, Virginia, ca să-și petreacă sărbătorile de Paști alături de familia ei. A suportat cu mare greutate călătoria, fiind nevoită să stea tot drumul întinsă pe bancheta din spate. Abia după câteva luni a fost în stare să se întoarcă la New York.

Odată ajunsă la părinții ei, simptomele s-au agravat rapid, în acel weekend n-a putut înghiți niciun fel de aliment, fie el solid sau lichid. Elimina tot. A suferit o deshidratare puternică. Luni, a doua zi de Paști, a stat câteva ore în spital, unde s-au administrat perfuzii intravenoase pentru rehidratarea organismului. A fost consultată de obstetricianul mamei sale, care a asigurat-o că stările de greață și de vomă erau normale în perioada sarcinii și i-a dat câteva sfaturi practice, obișnuite: să evite mirosurile puternice și lichidele reci, să încerce să înghită, ori de câte ori era posibil, cantități mici de alimente – poate biscuiți sau alte preparate cu un conținut mai bogat de carbohidrați. Dat fiind faptul că simptomele lui Fitzpatrick erau normale, doctorița n-a considerat necesar să-i prescrie vreun medicament. Stările de rău caracteristice gravidității, a subliniat ea, dispar de obicei începând din săptămâna a paisprezecea ori, cel mult, a șaisprezecea de sarcină.

Fitzpatrick era hotărâtă să-i urmeze sfaturile, dar a constatat că nu putea tolera niciun fel de aliment, cu excepția biscuiților ori a pâinii prăjite, și acelea doar câte-o înghițitură. Spre sfârșitul săptămânii se impunea o nouă repriză de rehidratare, iar doctorița a aranjat ca o asistentă să vină la domiciliul părinților ei ca să-i administreze lichide pe cale intravenoasă. Fitzpatrick simțea permanent că e pe punctul de-a voma. Înainte putea mânca aproape orice; acum, numai mirosul celor mai inofensive alimente îi crea senzația de nod în gât. Se amuzase întotdeauna în instalațiile de tip *montagnes russes* din parcurile de distracții; iar acum, drumul cu mașina sau statul în picioare ori simpla înclinare a capului îi provocau senzația de rău de mișcare. Nu putea nici să coboare scările. Amețea chiar și în timp ce stătea întinsă în pat, uitându-se la televizor sau răsfoind o revistă. În următoarele două săptămâni avea să se confrunte cu cinci-șase episoade de vărsături pe zi. A slăbit

șase kilograme, în loc să ia în greutate, ca orice femeie însărcinată cu gemeni. Cel mai dramatic era însă sentimentul că-și pierdea controlul asupra propriei vieți. Glasul interior, al directorului unui departament de management, îi dicta că nu putea suporta așa ceva. Iat-o din nou în casa în care văzuse lumina zilei. Mama ei a fost nevoită să-și întrerupă temporar serviciul la liceul în care preda, ca să aibă grijă de ea. Se simțea ca un copil neajutorat.

Ce este, de fapt, greața, acest agresor ciudat și groaznic? Subiectul este aproape ignorat în facultățile de medicină, în ciuda faptului că, după durere, greața este cea mai frecventă cauză a solicitării unui consult medical. Este un exemplu tipic de efect secundar al medicamentelor. În cazul pacienților care au suferit intervenții chirurgicale, vărsătura consecutivă anesteziei este atât de des întâlnită, încât fiecare pat din saloanele de reanimare/terapie intensivă postoperatorie este dotat cu câte o tăviță renală. Este o stare foarte frecventă și în rândul bolnavilor supuși chimioterapiei, care o percep ca fiind partea cea mai greu de suportat a tratamentului. Între 60 și 85 de procente dintre femeile însărcinate au așa-numitul „rău matinal" sau „rău de sarcină", iar o treime dintre cele care lucrează nu pot merge la serviciu din această cauză. La aproximativ cinci din o mie de gravide, starea respectivă are manifestări atât de severe, încât le provoacă o apreciabilă scădere în greutate – o asemenea afecțiune este denumită „sarcină toxică" *(hiperemesis gravidiarum)*. Și mai este, desigur, acel rău de mișcare, ce ne poate indispune, măcar o dată-n viață, pe fiecare dintre noi. Răul de mare i-a preocupat încă din Antichitate pe greci, în timpul campaniilor militare. (Cuvântul *nausea* provine din denumirea grecească a termenului de navă.) Răul de mișcare de care suferă participanții la simulatoarele de realitate virtuală continuă să frâneze avântul industriei de echipamente destinate practicării unui asemenea tip de activitate. Iar răul de spațiu le creează frecvent neplăceri astronauților, chiar dacă, de cele mai multe ori, nu se prea comentează asupra acestui aspect.

Cel mai surprinzător este faptul că starea de vomă are efecte deosebit de violente asupra organismului uman (Cicero spunea că

„ar prefera să fie omorât decât să suporte din nou tortura răului de mare”), și nu doar de moment. Chiar și după ce amintirile legate de durerile nașterii s-au estompat aproape complet, mamele păstrează o percepție încă foarte vie asupra stărilor de vomă, ceea ce le determină, pe multe dintre ele, să nu-și mai dorească alți copii. În acest sens, implicațiile acestei stări sunt remarcabile. Gândiți-vă de pildă la situațiile în care îți fracturezi piciorul la schi – oricât de puternică ar fi durerea din acele momente, de îndată ce vei fi iarăși în formă, vei schia din nou. În schimb, cine a avut o experiență nefericită după ce a băut o sticlă de gin sau a mâncat stridii nu se mai apropie de „împricinat” vreme de mulți ani. În romanul lui Anthony Burgess *Portocala mecanică,* autoritățile i-au aplicat protagonistului, tânărul Alex, un tratament de „spălare a creierului”, ce implica schimbarea comportamentului său violent prin asocierea pornirilor brutale cu sentimentele de vomă, nu cu cele de durere. La fel s-a procedat, cândva, și în unele orașe germane. Într-un manuscris ce datează din anul 1843 se descrie un ritual de pedepsire a adolescenților delincvenți, organizat în fața primăriei: vinovații erau închiși într-o cutie, pe care un polițist o rotea în același sens, cu viteză mare, până când tinerii prizonieri ofereau „un spectacol dezgustător” mulțimii adunate.

Natura realmente respingătoare a stărilor de greață și de vomă pare să aibă un scop biologic bine definit. Este evident, de pildă, efectul benefic al vomei după consumarea unui aliment otrăvitor sau alterat: determină eliminarea toxinei. Iar senzațiile teribil de neplăcute asociate unor astfel de stări îți inhibă pofta de-a mai mânca vreodată ceva asemănător. Așa se explică și de ce asemenea stări – excepție făcând, desigur, cele controlate – sunt generate, atât de frecvent, de medicamente, de chimioterapie și de preparatele folosite pentru anestezia generală: toate sunt otrăvuri, iar organismul este programat să le respingă.

Mai dificil de explicat este de ce greața și voma sunt consecința acțiunii altor factori, însă oamenii de știință au început să înțeleagă câte ceva din rosturile naturii. Ați putea crede că răul de sarcină, de exemplu, ar putea afecta bunul mers al evoluției fătului, dat fiind faptul că procesul de creștere a embrionului este indisolubil legat de

nutriție. Cu toate acestea, într-un faimos articol publicat în anul 1992, biologul evoluționist Maigie Profet a prezentat un studiu de caz extrem de convingător prin care a impus ideea că răul de sarcină are, de fapt, un efect protector. Autoarea a arătat că alimentele naturale care nu prezintă niciun risc pentru adulți s-au dovedit a fi, de cele mai multe ori, periculoase pentru embrion. Toate plantele produc toxine, iar pentru a le putea folosi în alimentație, organismul uman și-a pus la punct sisteme elaborate de detoxifiere. Dar compușii chimici nocivi nu sunt eliminați complet de către respectivele sisteme, iar embrionul este sensibil până și față de cantități infime din ei. (S-a constatat, de exemplu, că în cazul fetușilor de animale toxinele din cartofi generează malformații ale tubului neural chiar și în concentrații ce nu prejudiciază în nici un fel starea de sănătate a mamelor; într-adevăr, consumul masiv de cartofi înregistrat în Irlanda poate fi răspunzător de faptul că această țară deține recordul mondial în ceea ce privește rata de defecte ale tubului neural, mai ales cele cunoscute sub numele de *spina bifida.)*

Profet sugera posibilitatea ca răul de sarcină să fi apărut ca un mecanism de reducere a expunerii embrionului la acțiunea toxinelor naturale. Ea a subliniat faptul că femeile care se confruntă cu o astfel de problemă preferă alimentele inofensive, ce nu se alterează ușor (precum pâinea și cerealele) și au o adevărată aversiune față de cele asociate cu niveluri mari de toxine naturale, cum sunt produsele cu gust amar sau picant și cele de origine animală nu foarte proaspete. Teoria ei explică, de asemenea, de ce starea de rău se manifestă cu precădere în timpul primului trimestru de sarcină: fiindcă atunci se formează organele embrionului, care, în acea perioadă, este și cel mai sensibil față de acțiunea toxinelor; totodată, are dimensiuni mici și un necesar de calorii redus, ușor de acoperit din rezervele de grăsimi ale mamei. În general, femeile cu stări de rău de dimineață moderate spre severe au o rată de pierdere a sarcinii mai scăzută decât cele care nu se confruntă cu astfel de probleme sau, dacă le au, sunt foarte ușoare.

Scopul răului de mișcare este mai dificil de explicat. În 1882, psihologul William James observa că anumiți oameni surzi erau imuni la răul de mare, iar de-atunci s-a acordat în mod constant o

atenție deosebită rolului sistemului vestibular – componentele urechii interne care ne permit să ne urmărim poziția în spațiu. Oamenii de știință au ajuns să considere că mișcarea viguroasă determină o stimulare exagerată a sistemului, producând, la nivelul creierului, semnale care induc stările de greață și de vomă. Așa cum relevă însă Charles Oman, un specialist în fiziologie aerospațială din cadrul M.I.T.[{19}], o asemenea teorie nu putea explica multe dintre caracteristicile răului de mișcare: de ce unele activități, cum sunt alergarea, săritul sau dansul, nu induc aproape niciodată o asemenea stare, în vreme ce altele, precum rotirile repetate în Gravitron, cu ocazia târgurilor regionale anuale, produc astfel de neplăceri; de ce persoanele aflate la volanul unei mașini sau la manșa unui avion sunt mult mai puțin susceptibile decât pasagerii; și de ce starea de rău tinde să se atenueze cu timpul la cei care au trăit o asemenea experiență. Răul de mișcare poate surveni independent de acțiunea factorului declanșator – ca în cazul răului de care suferă participanții la simulatoarele de realitate virtuală sau a celui indus pe cale vizuală, de către un fenomen similar, cunoscut sub numele de „cinerama”, ce implică vizionarea filmelor pe ecrane foarte late. Oman a constatat că unul dintre cei mai puternici stimuli ai răului de spațiu îl constituie simpla urmărire a modului cum plutește un astronaut, cu capul în jos, ce-i poate genera privitorului o senzație bruscă de greață, ca și când propriul său corp s-ar afla într-o asemenea poziție.

La ora actuală, cercetătorii au ajuns la concluzia că răul de mișcare se produce în contextul declanșării unui conflict între mișcarea pe care o efectuăm și mișcarea pe care ne așteptăm s-o efectuăm. Doar pentru a ne menține în echilibru poziția capului pe umeri sau cea a corpului, pe șolduri și picioare, avem nevoie de o „percepție senzorială a organismului” cu un reglaj extrem de fin – un sistem ce învață să anticipeze mișcarea pe baza informațiilor recepționate de la organele de văz, de la mușchi și, mai ales, de la urechea internă. Starea de greață se declanșează în momentul în care creierul primește impulsuri senzoriale neanticipate – de pildă, senzația pe care o are cineva neobișnuit cu navigația și cu ambarcațiunile că i se mișcă pământul sub tălpi în sus și-n jos sau

impresia pe care i-o creează unei persoane aflate într-un simulator de realitate virtuală faptul că se vede mișcându-se în spațiu, deși știe că propriul corp stă pe loc. (Condusul unui vehicul conferă avantajul unui control mai eficient și al unei percepții mai bune asupra modului în care se mișcă cel aflat la volan.) Cu alte cuvinte, răul de mișcare este starea de rău propriu-zisă provocată de mișcările cu care organismul nu este familiarizat.

De ce, totuși, astfel de mișcări nefamiliare ne fac să ne simțim atât de prost? Principala explicație reiterează ideea ce susține că greața și voma sunt mecanisme de protecție împotriva toxinelor. În Pleistocen, care a fost și perioada evoluției speciei umane, lumea nu avea ocazia să trăiască experiența unor mișcări pasive asistate, ca acelea din zilele noastre, prilejuite de deplasarea cu mașina sau cu o ambarcațiune. O senzație foarte asemănătoare poate fi percepută și în cazul ingestiei multor toxine cu efect halucinogen – fapt ușor de confirmat de către orice persoană care a consumat o cantitate exagerat de mare de alcool. Așadar, stările de greață și de vomă corelate cu răul de mișcare pot fi considerate drept un produs secundar al sistemului nostru standard de eliminare a otrăvurilor și de dezvoltare a reacțiilor de evitare a lor. Implicațiile acestei teorii nu sunt analizate însă la fel de bine ca în cazul celor referitoare la răul de sarcină. Și nu avem nici în prezent o explicație convingătoare a motivului pentru care anxietatea sau simpla vedere a sângelui ori a vomei le provoacă oamenilor stări proaste.

Oricât de adaptabilă ar fi natura stărilor de greață și de vomă, în cazurile de sarcină toxică, precum cel al lui Fitzpatrick, se pare că reflexele respective scapă de sub control. Într-adevăr, înainte de-al Doilea Război Mondial și de introducerea tehnicilor moderne de aport de lichid, cazurile de *hiperemesis gravidarum* erau, de regulă, fatale, cu excepția situațiilor în care se pierdea sarcina. Chiar și în zilele noastre, manifestările de vomă severe pot genera leziuni grave – hernie a esofagului, colaps pulmonar, ruptură de splină. Nimeni n-ar sugera că starea lui Fitzpatrick îi conferea un cât de mic beneficiu. Trebuia să fie ajutată cumva.

În momentul în care Fitzpatrick ajunsese să slăbească șase

kilograme, doctorița i-a prescris un tratament medicamentos menit să-i țină sub control stările de greață și de vomă și să-i permită reluarea unei alimentații normale. A încercat, mai întâi, cu Reglan, un medicament utilizat frecvent pentru combaterea stării de greață provocate de anestezia generală. Fitzpatrick avea conectat un dispozitiv prin care preparatul îi era pompat non-stop, în interiorul gambei. Se pare însă că respectiva abordare terapeutică nu i-a fost de prea mare ajutor; dimpotrivă, s-a soldat cu efecte secundare neurologice teribil de neplăcute – tremor, încleștarea maxilarului, rigiditate a corpului, dificultăți de respirație. Doctorița a încercat atunci un al doilea medicament, Compazine, care n-a avut nici o eficiență, apoi Phenergan supozitoare, al căror unic efect a fost inducerea unei stări de somnolență.

Acțiunea tuturor agenților terapeutici mai sus menționați constă în blocarea receptorilor de dopamină din creier. La ora actuală, pe piață există însă o clasă mai nouă de antiemetice, blocanții de receptori ai serotoninei, a căror lansare a fost salutată cu entuziasm, datorită efectelor deosebit de benefice în tratamentul stărilor de greață și de vomă. Nu sunt deloc ieftine – Zofran, de pildă, care este cel mai bine vândut, implică un cost de peste o sută douăzeci și cinci de dolari pe zi –, dar cercetările arată că reduc considerabil starea de vomă caracteristică pacienților supuși chimioterapiei și, uneori, celor care au suferit intervenții chirurgicale. Și nici nu s-a constatat că ar avea vreo implicare nedorită în apariția defectelor congenitale. Așa că, timp de mai multe săptămâni la rând, lui Fitzpatrick i s-a administrat intravenos Zofran. Din nou însă, fără niciun rezultat.

Doctorița i-a recomandat și teste de sânge, examen ecografic și consult de specialitate la diferiți medici. Starea de greață poate să denote existența unei obstrucții a tractului gastrointestinal, a unei infecții severe ori a otrăvirii. Nu a fost identificată însă nicio altă cauză.

„Știu că doctorii fac tot ce pot”, zicea Fitzpatrick, care, la rândul ei, își dădea toată silința. Își spunea că nu trebuia decât să persevereze, iar experiența M.B.A.-ului o ajutase să devină foarte organizată. Și-a amplasat strategic, în toată casa, recipiente speciale,

din plastic, în care să vomite, iar la capul patului și-a pus un aparat de aspirare, prevăzut cu un tub de plastic, pentru drenarea excesului de salivă cu gust grețos, în cea mai mare parte a zilei, în pauzele dintre două reprize de vomat stătea, pur și simplu, în pat, cu ochii închiși.

În tot acest răstimp, câțiva membri ai familiei și o mână de prieteni adunau sistematic informații cu privire la opțiunile terapeutice existente, fie ele convenționale sau alternative. Fitzpatrick a apelat în mai multe rânduri la remedii din plante, la masajul chinezesc și la consumul de apă cu lămâie. A testat și virtuțile ghimbirului, după ce a aflat că un studiu îi demonstrase eficiența în cazuri similare cu al ei. A mai încercat efectul unor benzi de acupresură, ce aplică o presiune constantă la nivelul așa-numitului „punct Neiguan", situat pe partea interioară a antebrațului, la aproximativ trei degete sub încheietura mâinii, între cele două tendoane. (Deși s-a făcut multă vâlvă în jurul teoriei ce susține rolul benefic al acupresurii în stările de greață generate de sarcină, chimioterapie și mișcare, cercetările nu au reușit să evidențieze vreun efect semnificativ al metodei.) Niciuna dintre tentativele lui Fitzpatrick nu a dat rezultate, cu toate că masajul i-a făcut, realmente, plăcere.

Și mai îngrijorător era faptul că simptomele nu se ameliorau cu timpul, așa cum se așteptau medicii care o supravegheau. Când a intrat în luna a patra de sarcină avea aceleași stări de greață ca la început – o durată neobișnuit de lungă. Arăta teribil de bolnavă. Slăbise opt kilograme. Doctorița ei a internat-o la Spitalul Universitar George Washington, unde i-a aranjat un consult în cadrul serviciului de obstetrică pentru cazuri cu risc major. S-a recurs la nutriție parenterală (prin perfuzie intravenoasă). Fitzpatrick a început, în sfârșit, să ia în greutate. Cu toate acestea, în următoarele luni a stat mai mult în spital decât acasă.

Cazul ei bântuia constant amintirile medicilor care au avut-o sub îngrijire – era acel tip de pacienți a cărui existență constituie un reproș la adresa propriei lor persoane și a propriei lor competențe profesionale. Medicii au mai multe strategii de abordare a unor asemenea pacienți, iar ea trebuie să le fi văzut pe toate în cursul

evenimentelor pe care le-a trăit. Unii îi spuneau mereu că nu mai are de suferit decât o săptămână sau două. Un doctor o întrebase dacă voia să se întoarcă la New York, și a fost convinsă că respectivul nu urmărea altceva decât să scape de ea. Un altul părea să aibă impresia că nu se străduia suficient de tare să mănânce, de parcă și-ar fi putut controla singură stările de greață și de vomă. Frustrarea lor era evidentă. După o vreme i-au recomandat să consulte și un psihiatru. Sugestia nu era deloc nejustificată. Anxietatea și stresul pot influența stările cu care se confrunta ea, și era dispusă să încerce orice metodă care i-ar fi putut ameliora simptomele. Dar Fitzpatrick susține că pe psihiatrul care a văzut-o nu-l interesa să afle decât dacă o deranjau copiii, în general, și dacă nu-și putea accepta rolurile de soție și de mamă. Există încă surprinzător de mulți medici care sunt convinși de valabilitatea teoriei freudiene, discreditată în prezent, ce susține că instalarea stării de *hiperemesis gravidarum* este datorată unei respingeri inconștiente a ideii de sarcină.

Situația a depășit atât capacitatea de control a medicilor, cât și, fapt mult mai îngrijorător, pe aceea de înțelegere. Așa cum era și firesc, Fitzpatrick încerca și ea s-o controleze, în limitele propriilor sale posibilități. La un moment dat, la insistențele ei și ale familiei, echipa medicală care se ocupa de îngrijirea sa a acceptat să încerce un tratament pe care îl găsiseră menționat într-un articol referitor la rezultatele terapeutice obținute de Maria Shriver în lupta cu simptomele de sarcină toxică. Era vorba despre asigurarea unei infuzări continue de droperidol, un tranchilizant utilizat deseori pentru diminuarea stărilor de greață și de vomă survenite postoperatoriu. Doctorii au fost de acord. Pe timpul perioadei de infuzare însă, simptomele lui Fitzpatrick s-au agravat. Ajunsese să vomite din zece în zece minute, îi apăruseră mici rupturi ale mucoasei esofagiene și începuse să elimine cantități considerabile de sânge (cât conținutul unei căni).

Suferințele ei păreau că nu se vor mai sfârși niciodată. În cazurile de *hiperemesis gravidarum* nu e deloc neobișnuit ca, din cauza persistenței stării de rău, femeile în cauză să sufere un avort. Într-o situație similară fusese și o pacientă de pe același palier, iar doctorii

i-au propus și lui Fitzpatrick aceeași soluție. Nici n-a vrut să audă de așa ceva, pe de-o parte din cauza convingerilor ei religioase (era catolică practicantă), iar pe de altă parte pentru că, zi de zi, asistenta venea la ea cu un dispozitiv cu ultrasunete ce-i permitea să audă bătăile inimilor celor două ființe plăpânde care trăiau în pântecele ei. Era un imbold suficient de puternic ca să meargă mai departe.

Nu există un antiemetic universal. Plasturii dermici care conțin scopolamină atenuează răul de mișcare și voma postoperatorie, dar se pare că nu le sunt de prea mare folos nici femeilor însărcinate, nici bolnavilor supuși chimioterapiei. Phenerganul, antagonistul de receptor al dopaminei, este foarte eficient atât în sarcină, cât și în cazul suferinzilor de rău de mișcare, el neaducând însă niciun beneficiu pacienților care efectuează chimioterapie. Adesea, nu ajută nici măcar un medicament așa de revoluționar precum Zofran, al cărui rol antiemetic este asemuit cu cel antiinfecțios al penicilinei. În ciuda capacității sale mari de combatere a stărilor de vomă datorate chimioterapiei și anesteziei, Zofran s-a dovedit a fi complet ineficient în cazul răului de mișcare sau al celui din sarcină, fapt confirmat și de rezultatele studiilor. (în acest sens, se pare că, pentru pacienții aflați sub chimioterapie, fumatul marijuanei are un efect pozitiv, deși de o intensitate slabă; în sarcină, în schimb, este la fel de toxic pentru făt ca și tutunul.)

Semnificația unor astfel de constatări devine și mai evidentă dacă ne gândim la faptul că starea de vomă poate fi provocată de stimuli extrem de diferiți, precum mișcarea nefamiliară persoanei în cauză, un miros neplăcut, un medicament toxic ori fluctuațiile hormonale survenite în perioada de sarcină. Conform explicațiilor oferite de oamenii de știință, creierul uman are un program (sau „modul”) de vomă ce preia și prelucrează, pentru a răspunde adecvat, tot felul de semnale transmise de: receptorii chimici de la nivelul nasului, al intestinului și creierului; receptorii ce detectează supraîncărcarea stomacului ori gâdilarea omușorului; senzorii de mișcare din urechea internă; și centrii cerebrali superiori care guvernează memoria, psihicul, percepțiile. Se presupune că fiecare dintre

medicamentele pe care le utilizăm în mod curent interferează cu unele mecanisme într-o măsură mai mare decât cu altele. Așa se și explică de ce ele exercită efecte diferite în afecțiuni diferite.

Putem adăuga că, deși considerăm adesea că sunt componente ale aceluiași fenomen, stările de greață și de vomă sunt complet independente una de alta, implicând, probabil, programe cerebrale distincte, ceea ce explică de ce un agent terapeutic ce acționează asupra uneia dintre ele nu are niciun fel de influență asupra celeilalte. Voma nu este întotdeauna asociată cu greața. Îmi aduc aminte de un pușți din clasa a șasea care, chiar dacă nu se simțea deloc rău, putea să vomite la comandă – fără să fie nevoie să-și vâre degetul pe gât sau să efectueze vreo altă manevră similară. Iar oamenii care prezintă o afecțiune rară, cunoscută sub denumirea de sindrom de ruminație, manifestă o tendință inexplicabilă de a regurgita alimentele, la scurt timp după fiecare masă, din stomac în cavitatea bucală – fără niciun fel de asociere cu o eventuală stare de greață. (Așa cum arătau autorii unui articol științific pe această temă, asemenea persoane fie înghit din nou resturile alimentare respective, fie le scuipă, „în funcție de împrejurări”.) Există și reversul situației, când simptomele de greață severe nu generează neapărat voma. Iar antiemeticele nu au, în mod obligatoriu, și un efect de combatere a stării de greață - aspect pe care, deseori, atât doctorii, cât și asistentele nu-l recunosc. De pildă, de când a apărut pe piața de farmaceutice Zofranul, cadrele medicale au fost foarte impresionate de virtuțile lui, care însă nu s-au bucurat în aceeași măsură și de aprecierea pacienților. În cadrul unui studiu condus de Gary Morrow, cercetător în domeniul simptomatologiei caracteristice stării de greață la University of Rochester Medical School, s-a constatat că la bolnavii care urmau chimioterapie, utilizarea pe scară largă a medicamentului Zofran și a altor preparate înrudite a redus doar intensitatea vomei, nu și pe cea a greței. De altfel, din relatările actuale ale pacienților reiese că durata stării de greață este mai lungă decât în timpul anilor premergători erei Zofranului.

Cercetătorii dedicați studiului bolnavilor cărora li se administrează chimioterapie – un soi de populație ținută în

captivitate de către oamenii de știință preocupați de descifrarea mecanismelor de producere a stărilor de greață și de vomă – au descoperit ceva și mai surprinzător. Respectivii pacienți se confruntă cu trei tipuri distincte de greață și vomă. Cel „acut” survine într-un interval ce variază între câteva minute și mai multe ore de la administrarea unui agent chimioterapie toxic, după care se atenuează treptat – exact ca în cazul efectului pe care ne-am aștepta să-l provoace o otravă. În numeroase cazuri însă, stările respective revin după o zi sau două – este așa-numitul „proces de vomă întârziat”. Iar aproape un sfert dintre pacienții aflați sub chimioterapie încep să aibă și „stări de greață și de vomă cu caracter anticipativ”, simptomele apărând înainte de injectarea medicației. Morrow a adunat numeroase date care atestă particularitățile celor trei tipuri de greață. Cu cât este mai mare intensitatea episodului acut, cu atât este mai gravă manifestarea celui cu caracter anticipativ, iar indiciile acestuia din urmă devin din ce în ce mai generale, pe măsură ce bolnavilor li se administrează mai multe cicluri de chimioterapie: voma se poate declanșa, la început, în clipa când pacientul o vede pe asistenta însărcinată cu administrarea medicamentelor; apoi, la simpla vedere a unei asistente oarecare sau la perceperea mirosului de spital; iar apoi, chiar în momentul în care, ajuns la clinică, pentru tratament, se pregătește să parcheze mașina. Morrow avusese o pacientă care vomita ori de câte ori vedea un indicator cu semnul de spital.

Astfel de reacții sunt, desigur, consecințe firești ale condiționării psihologice – efectul „Portocalei mecanice” în acțiune –, ce joacă, probabil, un rol important în prelungirea stării de greață în alte împrejurări, cum sunt, de pildă, cele legate de sarcină. Odată ce se instalează însă simptomele de vomă întârziată sau cu caracter anticipativ, medicamentele actuale nu mai au niciun efect. Studiile efectuate de Morrow și de alți cercetători au arătat că doar tratamentele comportamentale, de tipul hipnozei sau al tehnicilor de relaxare, reduc semnificativ intensitatea vomei condiționate, dar numai la unii pacienți.

În fine, se cuvine să recunoaștem faptul că arsenalul pe care-l avem la dispoziție pentru combaterea stărilor de greață și de vomă

este, și în prezent, destul de primitiv. Frecvența mare a unor astfel de probleme și numărul uriaș al oamenilor dispuși să plătească pentru a scăpa de ele justifică investițiile de milioane de dolari ale companiilor farmaceutice angrenate în efortul de a sintetiza noi formule de tratament, din ce în ce mai eficiente. Merck, de exemplu, a elaborat un asemenea agent terapeutic ce promite a fi deosebit de performant, cunoscut sub denumirea de MK-869, care face parte dintr-o nouă clasă de substanțe active, numite „antagoniști ai substanței P". Medicamentele respective au suscitat un viu interes după ce compania producătoare a anunțat perspectiva eficienței lor clinice în cazurile de depresie. Nu la fel de multă vâlvă au stârnit însă concluziile studiului publicat în *New England Journal of Medicine,* ce susțineau că MK-869 se dovedise a avea o capacitate remarcabilă de combatere a stărilor de greață și de vomă provocate de chimioterapie.

Rezultatele respective erau neobișnuite din două motive, în primul rând, fiindcă preparatul companiei Merck a redus substanțial atât episoadele de vomă acute cât și pe cele întârziate. În al doilea rând, MK-869 nu acționa strict asupra vomei, ci atenua, în aceeași măsură, și greața. Proporția de pacienți care a semnalat, pe parcursul celor cinci zile de la administrarea chimioterapiei, simptome mai serioase decât o stare de greață ușoară, a scăzut, după tratamentul cu MK-869, de la 75 de procente la 51 de procente.

Toate preparatele noastre farmaceutice au însă verigi slabe, așa că, oricât de promițătoare ar fi noile formule medicamentoase, tot vor exista destul de mulți pacienți care să nu aibă niciun beneficiu de pe urma utilizării lor. La jumătate dintre bolnavii aflați sub chimioterapie, de exemplu, nici măcar MK-869 nu a reușit să combată greața. (în plus, separe că va mai dura o vreme până ce se va ajunge să i se cunoască siguranța și eficiența în cazul femeilor însărcinate. De altfel, datorită riscurilor medicale și a celor legale, companiile farmaceutice evită, în general, să-și testeze produsele pe astfel de paciente.) Așadar, nu se profilează în această privință apariția vreunui remediu de tipul morfinei. Greața necontrolată este, în continuare, o problemă serioasă. Există totuși o specialitate clinică nouă, denumită „medicină paliativă", care își propune să dea

viață unui proiect radical: studiul științific al suferinței. Iar cel mai surprinzător este faptul că identifică soluții pe care alte specialități nu le-au găsit.

Cei care practică medicina paliativă sunt experți în îngrijirea pacienților aflați pe moarte, în cazul cărora se urmărește, cu precădere, nu prelungirea vieții, ci îmbunătățirea calității ei. La prima vedere poate că suntem tentați să ne gândim că nu era nevoie de o nouă specialitate medicală pentru a realiza un atare obiectiv, dar s-a dovedit că practicienii respectivi sunt, realmente, cei mai competenți în această privință, obținând cele mai bune rezultate. Pacienții muribunzi au, deseori, dureri. Mulți dintre ei au, foarte frecvent, stări de greață. Unii au o funcție pulmonară atât de precară, încât, deși inspiră o cantitate de oxigen suficient de mare pentru a le asigura supraviețuirea, au permanent senzația înfricoșătoare de lipsă de aer, de sufocare. Sunt acei bolnavi care suferă de maladii incurabile. Și totuși, specialiștii în medicina paliativă au găsit modalități de sprijin uluitor de eficiente. Cheia succesului? Pur și simplu, faptul că, pentru ei, suferința unor astfel de pacienți constituie o problemă în sine, pe care o tratează în modul cel mai serios cu putință. În medicină, suntem obișnuiți să considerăm că asemenea simptome reprezintă doar niște indicii, în cadrul unui puzzle, care ne spun unde este localizată boala și cum putem s-o tratăm. Iar regula este că soluționarea prejudiciului fizic – înlăturarea apendicelui infectat, tratamentul osului fracturat sau al pneumoniei – reprezintă tocmai modalitatea de combatere a suferinței. (Nu m-aș putea numi chirurg dacă aș gândi altfel.) Există însă și excepții – iar greața este cel mai grăitor exemplu. În cele mai multe cazuri, greața nu indică prezența unei boli, ci constituie un răspuns normal al organismului, fie la condițiile specifice unei anumite situații, precum voiajul sau sarcina, fie chiar la un tratament benefic, cum sunt chimioterapia, cura de antibiotice sau anestezia generală. Obișnuim să spunem că pacientul „e bine”, ceea ce nu înseamnă însă că nu mai suferă.

Gândiți-vă, de pildă, la semnificația semnelor vitale. În cazul unei persoane spitalizate, acestea sunt monitorizate periodic, din circa

patru în patru ore, de către o asistentă medicală, cu ajutorul unei diagrame amplasate la patul pacientului, ce permite urmărirea evoluției în timp a persoanei respective.

Așa se procedează peste tot în lume. S-a stabilit, prin convenție, că semnele vitale ce trebuie avute în vedere permanent sunt temperatura corporală, tensiunea arterială, pulsul și respirația. Ele ne oferă foarte multe informații cu privire la îmbunătățirea sau, dimpotrivă, la înrăutățirea stării fizice a celui monitorizat. Nu ne spun însă absolut nimic despre suferința omului, despre aspectele mai profunde, ce nu se limitează doar la starea organismului. În acest sens, specialiștii în medicina paliativă încearcă să schimbe lucrurile. Vor ca durerea – nivelul de disconfort semnalat de un pacient – să devină al cincilea semn vital. Ei s-au străduit foarte mult să-i determine pe doctori să recunoască faptul că tratamentul durerii este, mult prea frecvent, subevaluat. Și, în general, strategiile pe care le adoptă sunt mai bune decât cele ale confraților. De pildă, este o certitudine astăzi faptul că, odată instalate, simptomele de greață severe (sau cele ale durerii) devin din ce în ce mai rezistente la orice fel de tratament. Specialiștii în medicina paliativă au învățat, din propria lor experiență, că abordarea cea mai adecvată o constituie instituirea terapiei în momentul în care simptomele sunt încă ușoare – sau, în unele împrejurări, chiar și înainte de declanșarea lor; și s-a dovedit că tactica lor dă rezultatele scontate indiferent dacă este vorba despre un pasager care se pregătește să urce la bordul unei nave ori despre un bolnav de cancer aflat pe punctul de-a începe chimioterapia. (American Society of Clinical Oncology – Societatea Americană de Oncologie Clinică – a și elaborat un ghid terapeutic ce validează un asemenea demers profilactic în cazul pacienților cărora li se recomandă chimioterapie.) Înainte, când doctorii nu ezitau să prescrie antiemetice pentru situațiile obișnuite de rău de sarcină – cel puțin o treime dintre femeile gravide urmau o atare medicație în perioada anilor 1960 și 1970 –, cazurile de sarcină toxică erau mult mai rare decât în prezent. Medicii și-au schimbat însă obiceiurile de prescriere după ce repetatele presiuni juridice au determinat retragerea de pe piață a celui mai popular remediu antiemetic,

Bendectin, incriminat a fi provocat defecte la naștere (în ciuda numeroaselor studii care au arătat că nu existau dovezi ale vreunui efect nociv al medicamentului respectiv). De atunci, s-a impus evitarea prescrierii de medicamente în cazurile de sarcină toxică, ele fiind indicate, ca și în cazul lui Fitzpatrick, doar în situațiile când voma a deteriorat semnificativ starea pacientei, până la atingerea stadiilor de deshidratare sau inaniție. În consecință, numărul de internări în spital pentru probleme provocate de *hiperemesis gravidarum* s-a dublat.

Dar poate că cea mai uimitoare observație a specialiștilor în medicină paliativă este aceea referitoare la existența unei distincții între noțiunea de simptom și cea de suferință. Așa cum subliniază doctorul Eric J. Cassell în cartea sa, *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine* (*Natura suferinței și țelurile medicinei*), există pacienți care încep să-și suporte mai ușor suferința de îndată ce simt că sunt înțeleși – că se știe ce anume le-a provocat problemele, că lucrurile pot fi privite și altfel sau, pur și simplu, că e mai bine să accepți că nu avem întotdeauna puterea de-a îmblânzi natura. Un doctor poate să-și ajute pacientul chiar și atunci când tratamentul medicamentos a eșuat.

Și Fitzpatrick afirma că i-au plăcut cel mai mult acei câțiva medici care recunoscuseră că nu știau nici cum să explice starea ei de greață, nici ce soluții să găsească. Spuneau că nu mai întâlniseră niciodată, în cariera lor, un caz asemănător, ceea ce, pentru ea, era o dovadă a faptului că-i împărtășeau suferința. A recunoscut, într-adevăr, că uneori, când trebuia să fie din nou internată, o frământau tot felul de gânduri. Își punea problema, de pildă, că poate nu avea parte de doctorii potriviți sau se întreba dacă nu cumva medicii pierdeau din vedere ceva. Niciunul dintre tratamentele încercate, fie de ea însăși, fie de doctori, nu-i alunga starea de greață, ce părea să depășească, realmente, puterea de înțelegere a oricui.

În primele luni, eforturile pe care trebuia să le facă erau teribile, înfiorătoare. Treptat însă, avea sentimentul că trece printr-o profundă transformare interioară, că devine mai puternică, ba chiar ajunsese să considere că, în fond, situația ei nu era prea gravă. Se ruga în fiecare zi și credea că ființele pe care le purta în pântece

erau un dar al lui Dumnezeu, iar cu timpul, începuse să vadă lucrurile altfel, gândind că încercările prin care trecea erau doar prețul ce trebuia plătit pentru o asemenea bucurie covârșitoare. A renunțat să mai caute remedii miraculoase. După cea de-a douăzeci și șasea săptămână de sarcină, i-a rugat pe doctori să nu mai încerce niciun fel de alte variante de terapii noi. Stările de greață și de vomă persistau, dar n-o mai afectau în aceeași măsură.

În cele din urmă, a apărut și un licăr de speranță. Începând din săptămâna treizeci, a constatat că putea mânca o combinație ciudată de patru alimente, în porții foarte mici: friptură, asparagus, ton și înghețată de mentă. Și putea să înghită, fără s-o elimine, o băutură cu aport proteic. Greața era în continuare prezentă, însă se mai atenuase. În săptămâna treizeci și unu, cu șapte săptămâni înainte de termen, Fitzpatrick se pregătea să nască. Soțul ei a luat avionul și a ajuns exact la timp. Medicii au avertizat-o că gemenii urmau să fie destul de mici – circa un kilogram și jumătate fiecare. Pe 12 septembrie însă, la ora 22:52, a văzut lumina zilei Linda, cu o greutate de două kilograme și trei sute de grame, urmată, la 22:57, de Jack, care avea fix două kilograme și jumătate – amândoi, într-o perfectă stare de sănătate.

La scurt timp după naștere, Fitzpatrick a mai vomat o singură dată. „Dar a fost pentru ultima dată”, își amintea ea. A doua zi dimineața a băut un pahar mare cu suc de portocale. Iar noaptea a mâncat un hamburger uriaș cu brânză cu mucegai și cartofi prăjiți. „A fost delicios”, a spus ea.

Valul de roșeața

În ianuarie 1997, Christine Drury a devenit prezentatoarea programului de noapte *Channel 13 News* al postului NBC (National Broadcasting Company) local din Indianapolis. Așa își încep cariera toți cei care vor să se afirme în lumea știrilor de televiziune și a talk show-urilor. (însuși David Letterman a debutat, la același post de televiziune, ca prezentator al programului de weekend despre starea vremii.) Drury lucra în tura ce acoperea intervalul orar 21-5 dimineața – prezenta știrile, iar după miezul nopții citea câte un buletin a cărui lectură dura treizeci de secunde și, respectiv, două minute și jumătate. Dacă avea șansa ca în toiul nopții să apară o informație de ultimă oră, putea obține mai mult spațiu de emisie, ocupându-se de transmisia știrii respective în direct, fie din studio, fie de la fața locului. Când avea și mai mult noroc – ca în cazul deraierii unui tren al companiei Conrail în localitatea Greencastle – rămânea în emisiune și pentru programul matinal cotidian.

Când a obținut postul, Drury avea douăzeci și șase de ani. Își dorise să lucreze în televiziune, în special ca prezentatoare, încă din vremea copilăriei, pe care și-o petrecuse în Kokomo, Indiana. Invidia încrederea și siguranța de sine a femeilor aflate în spatele pupitrului de emisie. Într-o zi, în timpul unei excursii de cumpărături, organizată de școala în care învăța, într-un mall din Indianapolis, a zărit-o pe Kim Hood, pe atunci prezentatoarea programului de seară, cu cea mai mare audiență, al *Channel 13*. „Voiam să fiu în locul ei”, spune Drury, iar în lumina acelei întâlniri, țelul ei părea aproape tangibil. În timpul facultății de telecomunicații, din cadrul Universității Purdue, a făcut un stagiu de practică, pe perioada verii, la *Channel 13*. La un an și jumătate după absolvire, obținea un post modest, de asistent de producție. Se ocupa de Teleprompter, de poziționarea camerelor și, în general, de tot ceea ce i se cerea să facă. În următorii doi ani a avansat, treptat, spre postul de editor de

știri și, în final, spre cel de prezentatoare a programului de noapte. Șefii ei vedeau că promite să devină un nume. Îi apreciau maniera în care redacta textul știrilor, timbrul plăcut al vocii, foarte potrivit pentru televiziune, precum și „înfățișarea”, aspect, de altfel, deloc de neglijat – cu alte cuvinte, arăta bine, avea acel aer de americancă get-beget, în stilul lui Meg Ryan. Avea o dantură perfectă, ochi albaștri, păr blond și un zâmbet natural.

Drury a constatat însă că nu reușea să nu mai roșească în timpul emisiunilor. I se întâmpla ori de câte ori avea loc până și cel mai neînsemnat incident. Era de-ajuns să fie în emisie, citind știrile, când pronunția greșită a unui cuvânt sau simpla percepție a faptului că vorbea prea repede îi declanșau o senzație electrică, de căldură în piept, care se extindea rapid spre zona gâtului, a urechilor, a pielii capului. În termeni fiziologici era vorba despre o redirecționare a fluxului sangvin. Fața și gâtul au un număr neobișnuit de mare de vene superficiale, situate la o distanță foarte mică de suprafața pielii, ce pot să transporte un volum de sânge mult mai semnificativ decât cele cu dimensiuni similare, dar cu localizări diferite. Stimulate de anumite semnale neurologice, ele se dilată, în timp ce alte vase sangvine periferice se contractă: în consecință, mâinile devin albe, umede și reci, iar fața ia foc. Pe Drury o deranja însă mult mai serios decât reacția fizică, faptul că, în acele momente, avea o senzație de vid în minte și începea să se bâlbâie. Simțea o nevoie acută de a-și acoperi fața cu palmele, de-a dispărea din fața camerelor de luat vederi, de-a se ascunde undeva.

Drury își amintea că avusese întotdeauna această problemă, iar pe chipul ei de irlandeză cu tenul palid, roșeața, odată instalată, persista mult timp. Fusese genul de copil căruia i se citea timiditatea pe față ori de câte ori era solicitată la vreo acțiune la orele de clasă ori când căuta un loc la cantina școlii. Ca adult, astfel de reacții se declanșau la o simplă verificare a prețului, cu cititorul codului de bare de pe punga cu fulgi de porumb, de către casiera de la băcănie, ori când era claxonată de cineva în timp ce se afla la volan. Poate părea ciudat faptul că o asemenea persoană era dispusă să stea în fața unei camere de luat vederi. Dar Drury s-a opus mereu cu strășnicie tendinței de-a se rușina. În liceu fusese sufletul galeriei la

competițiile sportive, jucase în echipa de tenis și făcuse parte din juriul pentru desemnarea reginei balului de absolvire. La facultate jucase tenis la perete, făcuse curse de canotaj împreună cu prietenii și absolvise cursurile universității ca membră a celebrei societăți de onoare academice Phi Beta Kappa. A lucrat ca chelneriță și ca asistent manager la un lanț de magazine, unde reușea să le creeze tuturor, în fiecare dimineață, o stare de bună dispoziție. Datorită naturii ei sociabile și a farmecului personal a avut mereu foarte mulți prieteni.

Pe tot timpul emisiunii însă, nu reușea să scape de roșeață. Fenomenul este evident în înregistrările primelor ei apariții televizate – în reportajele despre creșterea numărului de amenzi pentru depășirea vitezei legale în trafic, despre un caz de intoxicație alimentară letală semnalat la un hotel sau despre o fetiță cu un IQ de 325 care a terminat liceul la vârsta de numai doisprezece ani. A început apoi să poarte pulovere cu guler întors și să-și aplice un strat gros de fond de ten Merle Norman Cover Up Green, dublat și de o bază cosmetică specială, MAC Studiofix. Machiajul îi închidea puțin culoarea tenului, dar îi camufla aproape perfect roșeața.

Cu toate astea, orice persoană care viziona peliculele respective își putea da seama că era ceva în neregulă. Acum se observa imediat că ori de câte ori roșea – ceea ce ajunsese să i se întâmple, practic, la fiecare transmisie – căpăta un aer rigid, privirea îi devenea fixă, iar mișcările îi erau mecanice. Vorbea într-un ritm mai alert și atingea uneori tonalități înalte. „Era ca o căprioară în lumina reflectoarelor”, spunea un producător din studio.

Drury a renunțat la cafeină. A încercat diverse tehnici pentru controlul respirației. Și-a cumpărat cărți de autoeducație destinate celor care lucrează în sfera televiziunii, menite s-o ajute să perceapă camera de luat vederi ca pe propriul câine sau prieten, ori ca pe propria mamă. S-a străduit o vreme să-și mențină foarte ferm poziția capului în dreptul obiectivului aparatului de filmat. Nimic însă nu dădea rezultate.

Postura de prezentator al unui program de noapte nu le oferă prea mari satisfacții celor care-o adoptă, din cauza orelor târzii de difuzare a emisiunilor respective și a duratei lor foarte limitate. În

general, oamenii rămân pe un astfel de post circa un an, timp în care acumulează experiența necesară avansării în ierarhia profesională. Drury însă nu se clintea de pe poziția pe care-o ocupa. „Categoric, nu era pregătită să preia o emisiune cu difuzare în timpul zilei”, era de părere producătorul. În octombrie 1998, după aproape doi ani de când lucra pe un asemenea post, scria în jurnalul personal:, Am în continuare sentimentul că-mi pierd controlul. Am plâns toată ziua. Sunt în drum spre serviciu și am senzația că n-o să am niciodată cu mine suficiente batiste Kleenex. Nu-nțeleg de ce Dumnezeu m-a binecuvântat cu o slujbă de care nu sunt în stare să mă achit. Trebuie să mă gândesc cum să fac față. O să încerc toate posibilitățile înainte de-a renunța la ea.”

Ce este acest ciudat fenomen de înroșire a obrajilor? O reacție a pielii? O emoție? Un soi de manifestare vasculară? Oamenii de știință n-au fost niciodată siguri că au găsit o explicație exactă. Roșeața din obraji are atât conotații fiziologice cât și psihologice. Pe de-o parte, apariția ei este involuntară, necontrolabilă și vizibilă pe suprafața feței, ca o eczemă. Pe de altă parte, implică o prelucrare complexă la cel mai înalt nivel al funcției cerebrale. „Omul este singurul animal care roșește”, scria Mark Twain. „Sau care e nevoit să roșească.”

Cei aflați în preajma unei persoane care roșește presupun adesea că nu e vorba decât despre o manifestare a rușinii. Așa percepeau lucrurile și adepții concepției freudiene, de pildă, care pretindeau că fenomenul respectiv era o erecție disimulată, o consecință a reprimării dorinței sexuale. Așa cum nota însă Darwin, într-un eseu din 1872, nu rușinea, ci perspectiva expunerii publice a unei situații, a umilirii ne face să roșim. „Dacă a spus un cât de neînsemnat neadevăr, un bărbat s-ar putea simți teribil de jenat, dar n-ar roși”, scria el; „în schimb, obrajii lui ar lua foc pe dată numai la gândul că cineva ar putea afla că a mințit, mai ales dacă acel cineva ar fi o persoană pe care o respectă.”

Dar dacă umilința este sentimentul incriminat, de ce roșim și când suntem lăudați? Sau când ni se urează în cor „La mulți ani!”? Sau când suntem priviți, pur și simplu? Michael Lewis, profesor de psihiatrie la Universitatea de Medicină și Stomatologie din New

Jersey, face o demonstrație a efectului respectiv la orele lui de curs. Le comunică studenților că-l va arăta cu degetul pe unul dintre ei, gestul lui neavând nicio semnificație și neimplicând nicio remarcă asupra persoanei vizate. După care își pune în aplicare intenția, ținându-și ochii închiși. Toată lumea privește înspre cine s-a îndreptat degetul profesorului. Și întotdeauna cel arătat se simte teribil de stânjenit. În cadrul unui experiment realizat cu doi ani în urmă, doi specialiști în domeniul psihologiei sociale, Janice Templeton și Mark Leary, au conectat, pe o latură a unei oglinzi cu o singură față, niște senzori ce măsurau temperatura facială a unor subiecți. Ulterior, oglinda a fost dată la o parte, iar participanții s-au trezit brusc țintuiți de privirile unei întregi audiențe, care s-a uitat la ei atât prin lentilele unor ochelari fumurii (pe durata a jumătate din timpul alocat experimentului), cât și direct (pe perioada celeilalte jumătăți a studiului). Spre surprinderea cercetătorilor, subiecții au roșit doar când puteau vedea ochii privitorilor.

Poate că implicația cea mai neplăcută a fenomenului o constituie faptul că are el însuși efecte secundare. Este stânjenitor și poate să genereze un profund sentiment de stinghereală, de confuzie și de derută. (încercând să ofere o explicație, Darwin afirma că, în împrejurările respective, creșterea fluxului sangvin direcționat către zona feței implica un consum de sânge de la nivelul creierului.)

Este paradoxal de ce avem un astfel de reflex. Există o teorie ce susține că roșirea se manifestă pentru a exterioriza sentimentul de stânjeneală, așa cum surâsul este menit a reflecta senzația de fericire. Este explicabil, prin urmare, de ce reacția respectivă apare numai la nivelul zonelor vizibile ale corpului (fața, gâtul și toracele superior). Și-atunci, dacă lucrurile stau așa, de ce roșesc oamenii cu pielea închisă la culoare? Studiile relevă faptul că, indiferent de pigmentația naturală a pielii, fenomenul se produce în cazul majorității oamenilor, chiar dacă la multe persoane este aproape imperceptibil. Și nu e nevoie să roșești ca să arăți lumii că te simți jenat. Rezultatele cercetărilor demonstrează că oamenii își dau seama că cineva se simte jenat *înainte* ca persoana în cauză să roșească. Le ia mai puțin de cinci secunde ca să sesizeze acest lucru – deși fenomenul devine foarte evident abia după cincisprezece-

douăzeci de secunde –, fiindu-le de-ajuns să vadă cum, aproape instantaneu, privirea celui copleșit de stânjeneală își schimbă direcția, de obicei în jos și spre stânga, iar după maximum o secundă, pe chip i se instalează un zâmbet stingher și încurcat. Există, așadar, îndoieli în privința teoriei conform căreia scopul roșirii feței este exclusiv acela de-a exterioriza o trăire.

Există însă și o altă opinie, pe care o împărtășesc din ce în ce mai mulți oameni de știință. E posibil ca efectul creșterii intensității sentimentului de jenă să nu fie întâmplător; poate că acesta este și rostul fenomenului de roșire. Noțiunea nu este chiar atât de absurdă cum pare. Poate că oamenii detestă să se simtă stingheriți și se străduiesc din răsputeri să-și ascundă starea emoțională, dar efectul ei este benefic – pentru că, spre deosebire de tristețe sau chiar de iubire, este, în esență, o emoție morală. Născută din sensibilitatea față de părerea altora, stânjeneala este un indiciu penibil al faptului că cineva fie a depășit niște limite, fie încearcă să-și exprime scuzele pentru ceva. Ne menține un statut onorabil în societate. Iar când augmentează o asemenea sensibilitate, roșirea îi poate conferi persoanei în cauză un avantaj maxim.

Cea mai dificilă este însă găsirea modalității optime de-a o stopa. Stinghereala te face să roșești-prin urmare, ce anume determină stăvilirea unui asemenea ciclu de manifestări? Nimeni nu știe, dar este cert că la unii oameni scapă de sub control. Este surprinzător de mare numărul celor care roșesc frecvent, simptomele fiind severe și necontrolabile. Ei le consideră „intense”, „haotice” și „umilitoare”. Unul dintre interlocutorii mei pe această temă mi-a spus că roșea până și când era singur acasă, fiind suficient să vadă la televizor pe cineva pus într-o situație stânjenitoare, și că își pierduse postul de consultant în management datorită faptului că șefii lui erau de părere că nu arbora un aer „degajat” în fața clienților. Un alt bărbat, specialist în neuroștiințe, și-a abandonat cariera în medicina clinică, optând pentru un mediu de lucru mult mai izolat, aproape exclusiv datorită tendinței lui de-a roși. Și tot n-a reușit să scape de acest stres. Activitatea sa în domeniul patologiei cerebrale ereditare a fost atât de fructuoasă, încât s-a văzut curând în situația de a-și declina disponibilitatea participării la conferințele sau la emisiunile TV la

care era invitat cu regularitate. Odată a fost nevoit să se ascundă într-o toaletă ca să scape de o echipă de redactori de la postul CNN. Altădată a fost solicitat să-și prezinte rezultatele în fața unei audiențe alcătuite din cei mai renumiți cincizeci de oameni de știință din întreaga lume, printre care și câțiva laureați ai Premiului Nobel. De obicei, reușea să ducă la bun sfârșit astfel de prelegeri stingând lumina în sala de conferințe și comentând imaginile proiectate. De această dată însă, unul dintre cei care-l ascultau l-a oprit după doar câteva minute de la începerea prezentării, ca să-i pună o întrebare. Fața lui a devenit, brusc, purpurie. A rămas puțin în picioare, îngăimând ceva și s-a retras apoi grăbit în spatele podiumului, încercând să-și deschidă pagerul fără să-l observe nimeni. Și-a coborât apoi privirile spre el și-a anunțat că apăruse o situație urgentă. Îi părea foarte rău, dar era nevoit să plece. Și-a petrecut restul zilei acasă. Era un om care-și câștiga existența studiind tulburările creierului și ale nervilor. Și totuși nu era capabil să-și țină în frâu propria stare.

Nu există o denumire oficială a sindromului în speță, deși este considerat, adesea, roșire „severă" sau „patologică" și nimeni nu știe cât de mare este numărul celor afectați. Conform unei estimări grosiere, se pare că e vorba de o cotă situată între 1 și 7 procente din populație. Spre deosebire de majoritatea oamenilor, în cazul cărora intensitatea fenomenului scade după perioada adolescenței, cei la care manifestarea lui este cronică apreciază că simptomele li se accentuează odată cu înaintarea în vârstă. La început se credea că principala lor problemă consta în intensitatea fenomenului de roșire. S-a dovedit însă că nu era deloc așa. Într-un studiu, de exemplu, oamenii de știință au utilizat senzori pentru a monitoriza culoarea facială și temperatura subiecților, după care i-au pus să stea în fața unui public și să efectueze diverse activități – de pildă, să cânte imnul național sau să danseze după o melodie. „Suferinzii" cronici nu s-au înroșit mai tare decât ceilalți, dar s-a dovedit că, în cazul lor, predispoziția față de fenomenul în speță era mult mai accentuată decât la participanții care roșeau doar ocazional. Se crea astfel un cerc vicios, iar Christine Drury mi-a explicat cum stăteau lucrurile: cuiva îi e teamă că va roși, roșește și apoi roșește ca

urmare a faptului că se simte atât de jenat că roșește. Nu știa care dintre cele două fenomene – roșirea sau stinghereala – apărea primul. Nu voia decât să nu mai fie victima lor.

În toamna anului 1998, Drury a consultat un medic internist. „O să scăpați de ele", a asigurat-o doctorul. La insistențele ei, au convenit să încerce un tratament medicamentos. Prescrierea lui n-avea cum să fie tranșantă, întrucât cărțile de medicină nu abordează subiectul patologiei înroșirii. Unii doctori prescriu valium, pornind de la premisa că anxietatea este principalul factor determinant al stării respective. Alții recomandă beta-blocante, care atenuează răspunsul la stres al organismului. Alții indică Prozac sau alte antidepresive. Singura terapie care s-a demonstrat că are un oarecare succes, fie el și destul de modest, nu este medicamentoasă, ci comportamentală, cunoscută sub numele de intenție paradoxală – stimularea intenției pacienților de a roși, nu a celei de a-și stăvili manifestarea respectivă. Drury a apelat inițial la beta-blocante, apoi la antidepresive și, în final, la psihoterapie. N-a obținut însă niciun fel de ameliorare.

În decembrie 1998, fenomenul cu care se confrunta devenise intolerabil, prestația ei pe micul ecran, jalnică, iar propria ei carieră aproape că nu mai putea fi salvată. A scris în jurnalul personal că era pe punctul de-a demisiona. Apoi, într-o bună zi, pe când naviga pe Internet în căutarea unor informații despre roșirea feței, a citit despre un spital din Suedia în care medicii practicau o procedură chirurgicală capabilă să pună capăt problemei. Intervenția implica ablația anumitor nervi de la nivelul toracelui, unde ies din măduva spinării și urmează un traseu ascendent, spre cap. „Citesc pagina asta, despre oamenii care au aceeași problemă cu a mea, și nu-mi vine să cred", îmi povestea Drury. „Lacrimile îmi inundaseră fața." A doua zi, i-a spus tatălui său că se hotărâse să facă și ea acea operație. Domnul Drury nu comenta decât rareori deciziile fiicei lui, dar pe aceasta o considera, pur și simplu, o idee proastă. Își amintește chiar că a avut un șoc când a auzit ce intenționează să facă. „Jar când i-a spus mamei, efectul a fost și mai șocant. Nici nu concepea ca fiica ei să meargă în Suedia pentru o asemenea

operație.”

Drury a acceptat să mai aștepte o vreme, ca să adune mai multe informații legate de respectiva intervenție chirurgicală. A citit cele câteva articole pe care le-a putut găsi în revistele medicale de specialitate. A discutat cu chirurgi și cu pacienți. Au trecut astfel două săptămâni, timp în care și-a întărit convingerea că trebuia să facă și ea acea operație. Le-a spus, așadar, părinților că pleacă în Suedia, iar când n-a mai existat nici cel mai mic dubiu că s-ar putea răzgândi, tatăl ei s-a hotărât s-o însoțească.

Procedura chirurgicală cunoscută sub numele de simpatectomie toracică endoscopică, sau ETS *(Endoscopic Thoracic Sympathectomy),* implică ablația fibrelor ce aparțin sistemului nervos simpatic – componentă a sistemului nervos involuntar, ori „autonom”, care controlează respirația, frecvența cardiacă, digestia, transpirația și, alături de multe alte funcții vitale esențiale, roșirea. Către partea dorsală a toracelui, de-o parte și de alta a coloanei vertebrale, sunt situate, ca două corzi albe, netede, cele două trunchiuri simpatice, căile de acces pe care le străbat nervii simpatici până la punctele de ieșire către diverse organe. La începutul secolului XX, chirurgii au încercat să excizeze unele ramuri ale acestor trunchiuri – prin simpatectomie toracică – în cazul a tot felul de afecțiuni: epilepsie, glaucom, anumite cazuri de orbire, în cele mai multe situații, experimentele respective au făcut mai mult rău decât bine. Dar chirurgii au reușit să găsească până la urmă două împrejurări neobișnuite în care simpatectomia s-a dovedit a avea un efect salutar: a pus capăt, pe de-o parte, durerii toracice refractare, la bolnavii cu boli de inimă inoperabile, și pe de altă parte, creșterii anormale a secreției sudorale la nivelul feței și al palmelor, la pacienții care sufereau de hiperhidroză – transpirație necontrolabilă.

Datorită faptului că necesita abord deschis pe torace, intervenția respectivă era practicată doar rareori. În ultimii ani însă, mai mulți chirurgi, în special din Europa, au efectuat procedura pe cale endoscopică, utilizând dispozitive specifice, inserate prin incizii fine. Dintre adepții noii tehnici de lucru făceau parte și trei specialiști din Göteborg, Suedia, care au observat că, după operație, la numeroși

pacienți cu hiperhidroză au dispărut nu numai problemele generate de transpirația excesivă, ci și cele datorate roșirii pielii. În 1992, trioul suedez a acceptat să opereze câteva persoane care se plângeau de neplăcerile teribile provocate de roșire. A fost de-ajuns să-și facă publice, în presă, rezultatele obținute, că s-au și trezit copleșiți de solicitări. Din 1998 încoace au operat peste trei mii de cazuri de pacienți cu forme severe de roșire a pielii.

Intervenția în speță este practicată, la ora actuală, în întreaga lume, dar medicii suedezi sunt printre puținii specialiști care și-au publicat rezultatele: 94% dintre pacienții lor afirmaseră că efectele devastatoare ale roșirii se diminuaseră considerabil, ele dispărând complet în majoritatea cazurilor. Anchetele realizate la circa opt luni după operație au relevat faptul că 2% dintre participanți regretau decizia de-a fi optat pentru o astfel de soluție, datorită efectelor secundare, iar 15% dintre ei erau nemulțumiți. Efectele secundare nu le puneau în pericol viața, dar nici nu erau de neglijat. Cel mai grav, apărut la 1% dintre pacienți, era sindromul Homer, în cazul căruia lezarea accidentală a nervilor simpatici ce inervează ochii se soldează fie cu o pupilă contractată, fie cu o pleoapă căzută ori un ochi adâncit în orbită. La alți pacienți a apărut o altă problemă: transpirația de la bust **în** sus a fost stopată, dar la majoritatea, a început să se manifeste supărător, **în** compensație, la nivelul părții inferioare a corpului. (De altfel, potrivit unui studiu mai amplu, care a urmărit, după zece ani de la momentul efectuării ETS, subiecții cu sudorație palmară, proporția celor care s-au declarat satisfăcuți de rezultatul terapeutic scăzuse, atingând doar 67%, nemulțumirea lor fiind datorată, în special, apariției manifestărilor compensatorii.) Aproape o treime dintre pacienți remarcă, de asemenea, o reacție ciudată, cunoscută sub numele de sudorație gustativă – transpirație stimulată de anumite gusturi sau mirosuri. Și pentru că sunt secționate ramurile nervoase simpatice către inimă, apare o reducere cu 10% a frecvenței cardiace; ca urmare, unii pacienți se plâng că le sunt afectate performanțele fizice. Dacă se iau în calcul toate dezavantajele menționate, operația în speță constituie, în cel mai bun caz, o soluție limită, o ultimă alternativă la care să se apeleze, după părerea chirurgilor, numai

după ce metodele nechirurgicale au eșuat Când ajung să solicite o programare la Göteborg, oamenii sunt, adesea, în pragul disperării. Era și cazul unui pacient care mi-a zis, după ce suferise o astfel de operație: „Aș îi făcut-o chiar dacă mi s-ar fi spus că exista un risc de cincizeci la sută să mor.”

În ianuarie 1999, Christine Drury a sosit, însoțită de tatăl ei, la Göteborg – oraș-port cu o vechime de patru sute de ani, situat pe coasta de sud-vest a Suediei. Își amintește de ziua când au ajuns: era o vreme frumoasă, dar rece, și fulguia. Centrul Medical Carlanderska era găzduit de o clădire mică și veche, străjuită de ziduri înalte, albe, cu poartă dublă, din lemn, sub formă de arcadă. Atmosfera întunecoasă și liniștea din interior i-au creat lui Drury sentimentul că se află într-un donjon. Și-a dat brusc seama că nu-i mai era foarte clar ce căuta acolo, la o distanță de peste 14 000 de kilometri de casă, într-un spital despre care nu știa aproape nimic. S-a dus totuși să-și facă fișa de internare, iar o asistentă i-a și recoltat sânge pentru testele de laborator obișnuite, a verificat dacă are toate documentele medicale necesare și i-a comunicat că are de plătit șase mii de dolari. Drury a achitat taxa cu o carte de credit

Camera de spital avea un aer ospitalier – era curată și modernă, cu lenjerie de pat albă și cuverturi albastre. Christer Drott, chirurgul care a preluat-o, a venit s-o vadă a doua zi dimineață, devreme. Drury povestește că vorbea o engleză cu un accent britanic impecabil și că avea o atitudine extraordinar de încurajatoare: „Îți strânge mâna și este atât de înțelegător… Doctorii aceia au tratat mii de cazuri ca al meu. Pur și simplu, mi-a plăcut foarte mult.”

La nouă și jumătate dimineața a intrat un infirmier ca s-o conducă în sala de operație. „Tocmai terminaserăm de vorbit despre cazul unui băiat care murise din cauză că medicul care-i făcuse anestezia adormise”, își amintește Drury. „Așa că m-am asigurat, mai întâi, că pe anestezistul meu nu-l va cuprinde somnul și nu mă va lăsa să mor. A schițat un zâmbet și a-ncuviințat: OK.”

După efectuarea anesteziei, Drott, echipat cu mănuși și halat sterile, i-a tamponat pieptul și axilele cu soluție antiseptică și-a acoperit-o cu cearșafuri sterile, lăsându-i la vedere doar zona

axilelor. A palpat atent regiunea situată între coaste și axila stângă, ca să identifice locul unde urma să intervină; cu vârful unui bisturiu a făcut o incizie de șapte milimetri, iar prin orificiul respectiv i-a introdus în torace un ac cu diametru mare, prin care i-a pompat doi litri de dioxid de carbon, ca să-i împingă în lateral plămânul stâng. Drott a inserat apoi un rezectoscop – un tub metalic cu sistem de lentile și de fibre optice, prevăzut la capăt cu un cauter, acesta este, de fapt, un instrument folosit în urologie, cu un diametru foarte mic, care să-i faciliteze inserția în uretră (cu toate că, pentru pacienții cu afecțiuni urologice, nu e niciodată suficient de subțire). Vizualizând zona prin lentila de la capătul proximal, a căutat trunchiul simpatic stâng, având grijă să nu lezeze vasele de sânge principale dinspre inimă, și a identificat fibrele cu structură netedă, filiformă, dispuse de-a lungul capetelor coastelor, unde întâlnesc coloana vertebrală. A cauterizat trunchiul simpatic în două locuri, în dreptul coastelor a doua și a treia, distrugând toate ramurile faciale, cu excepția celor care aveau traseul spre ochi. După ce s-a asigurat că nu există niciun fel de hemoragie, a extras instrumentul, a inserat în locul lui un cateter, pentru a aspira dioxidul de carbon și-a permite plămânului să revină la poziția și dimensiunile normale, iar în final, a suturat incizia. A trecut apoi pe latura opusă a mesei de operație și a repetat aceeași procedură pentru partea dreaptă a toracelui. Totul a decurs fără nici cea mai mică problemă. Și a durat doar douăzeci de minute.

Ce se întâmplă când este eliminată capacitatea de-a roși a unei persoane? Să fie vorba doar de-o versiune chirurgicală a efectului fondului de ten Merle Norman Cover Up Green - care îndepărtează roșeața, dar nu și timiditatea? Sau chiar reușesc niște tăieturi ale unor fibre nervoase periferice să afecteze personalitatea cuiva? Mi-aduc aminte că la un moment dat, pe vremea când eram adolescent, mi-am cumpărat o pereche de ochelari de soare cu lentile oglindă. I-am pierdut după numai câteva săptămâni, dar când îi aveam la ochi, mă surprindeam privindu-i pe oameni obraznic și arborând un aer mai dur. Sub protecția lor simțeam că am o altă identitate, că sunt mai puțin vulnerabil, mai liber. Să aibă oare și chirurgia un efect

similar?

După aproape doi ani de la operația lui Drury, am luat prânzul cu ea la un bar sportiv din Indianapolis. Mă tot întrebasem cum va arăta fața ei după ce nu va mai avea acei nervi considerați a fi implicați în controlul fenomenului de roșire – oare va avea un ten mai palid, mai pătat sau un aer oarecum lipsit de naturalețe? Mi-a spus că are obrajii luminoși, cu o tentă rozalie, că înfățișarea ei nu suferise, practic, nicio schimbare. Uneori mai avea o vagă senzație de roșire a feței: avea sentimentul clar că roșește, deși nu se vedea nimic pe chipul ei. Am întrebat-o dacă i se înroșește fața când aleargă, dar mi-a răspuns că nu, deși i s-ar roși dacă ar sta în cap. Celelalte schimbări de natură fizică i se păreau minore. Remarcase că nu mai transpira deloc în zona feței și a brațelor; în schimb, sudorația de la nivelul stomacului, spatelui și picioarelor era mult mai abundentă decât înainte, ceea ce nu-i crea însă neplăceri. Cicatricile, foarte fine la început, dispăruseră complet.

Drury își amintește că se simțea alt om încă din prima dimineață după operație. Un infirmier, foarte chipeș, venise să-i ia tensiunea. Înainte ar fi roșit din clipa în care s-ar fi apropiat de ea. De acea dată însă, n-a mai fost așa. Avea senzația că-i fusese scoasă o mască de pe figură.

În aceeași zi, după externare, s-a supus singură unui test: a oprit la întâmplare, pe stradă, persoane necunoscute, ca să le întrebe diverse adrese – situație care-o făcea întotdeauna să roșească. Atunci însă, nici vorbă de așa ceva. I-a confirmat și tatăl ei. Își amintește că, la aeroport, în timp ce stăteau împreună la o coadă lungă, la îmbarcare, nu-și găsea pașaportul. „Așa că mi-am golit conținutul portmoneului pe podea și-am început să-l caut și mi-am dat seama că făceam asta fără să înlemnesc de jenă”, zice Drury. „M-am uitat în sus, spre tata și-am izbucnit în plâns.”

Odată întoarsă acasă, i se părea că lumea arăta altfel. Nu i se mai părea deloc complicat sau înspăimântător să fie atentă la cei din jur. Obișnuitul ei monolog interior, ce avea loc ori de câte ori trebuia să se adreseze cuiva („Te rog, nu roși, te rog, nu roși, o, Doamne, o să roșesc”), s-a evaporat, pur și simplu, și a constatat că putea să-și asculte mai ușor interlocutorii. Era în stare să se și uite în ochii lor

mai mult timp, fără să mai fie terorizată de gândul că va fi nevoită să le evite privirea. (De altfel, trebuia să-și facă autoeducație, ca să nu se uite prea insistent la cineva.)

La cinci zile după operație, Drury era din nou la pupitrul emisiunii sale. În acea noapte n-a mai folosit aproape deloc farduri. Purta un sacou de lână bleumarin, din categoria veșmintelor călduroase de care nici nu voia să audă înainte. Mi-a spus că M acele momente a avut sentimentul unui nou început: „Acesta e debutul meu. Și-a mers perfect."

După o vreme am vizionat câteva înregistrări ale emisiunilor pe care le realizase în primele săptămâni după intervenția chirurgicală. I-am urmărit relatările despre cazul unui pastor local ucis de către un șofer beat și despre cel al împușcării unui tânăr de nouăsprezece ani de către un altul în vârstă de șaisprezece ani. Nu fusese nicicând atât de naturală. Cel mai mult m-a frapat o emisiune ce nu făcea parte din seria curentă a buletinelor de știri nocturne. Avea caracter educativ și se numea „Read, Indiana, Read!" („Citește, Indiana, citește!") Apăruse pe post, pentru șase minute, într-o dimineață de februarie, citind o povestire în fața unui grup gălăgios de băieți în vârstă de opt ani, în timp ce pe ecran se derulau mesaje adresate părinților, prin care aceștia erau încurajați să le citească mai des copiilor lor. În ciuda haosului provocat de puștii care se mișcau permanent, aruncau cu diverse obiecte sau își lipeau fețele de obiectivul camerei de luat vederi, nu și-a pierdut nicio clipă cumpătul.

Drury nu vorbise cu nimeni despre operația pe care o făcuse, dar colegii au remarcat imediat că era ceva schimbat la ea. Am vorbit cu unul dintre producători, care mi-a spus: „Îmi zisese că urma să plece într-o călătorie împreună cu tatăl ei, dar când s-a întors și am văzut-o din nou la televiziune, am exclamat: «Christine! A fost incredibil!» Avea un aer extraordinar de relaxat în fața camerei de filmat. Prin canalul TV răzbătea vizibil siguranța de sine, o atitudine complet diferită de cea anterioară." în decurs de câteva luni, Drury a obținut o slujbă de reporter, în cadrul unei emisiuni de maximă audiență, la un alt post de televiziune.

I s-au tăiat mai multe fibre nervoase direcționate către zona feței și a devenit alt om. Este o senzație ciudată, fiindcă ne gândim că eul nostru interior nu este influențat de asemenea detalii fizice. Nu cred că există cineva care, văzându-și chipul într-o fotografie sau auzindu-și vocea pe o înregistrare, să nu fi exclamat: Dar nu sunt eu! De pildă, pacienții care au suferit arsuri faciale și se privesc în oglindă pentru prima oară au întotdeauna senzația că se uită la o persoană străină. Și nu ajung să „se obișnuiască" cu noua lor înfățișare; aceasta le modifică relațiile cu lumea, atât în ceea ce privește propriile așteptări de la ceilalți, cât și modul în care se percep ei înșiși în ochii altora. O asistentă medicală care lucra într-o secție de arși mi-a spus odată că oamenii cândva siguri pe ei pot deveni temători și triști, iar cei slabi, niște simpli „supraviețuitori" cu un chip „altfel". Drury a trăit și ea experiența roșirii „defensive" ca pe ceva complet extern, care nu se deosebea de o arsură – o numise „masca roșie". Efectul acesteia era însă atât de profund, încât ajunsese să creadă că prezența ei o împiedica să se prezinte în fața oamenilor așa cum trebuia să fie. Îndepărtarea măștii a făcut-o să pară altfel, mai îndrăzneață, „complet diferită de cea dinainte". Dar ce s-a întâmplat cu persoana care s-a simțit toată viața stânjenită și timidă doar când se uita cineva la ea? Persoana aceea, avea să descopere treptat Drury, era tot acolo.

Într-o noapte, a ieșit în oraș, la cină, cu un prieten și a decis să-i spună despre operație. A fost primul om, în afară de cei din familie, căruia i-a destăinuit secretul ei. Povestirea ei l-a îngrozit. A făcut o intervenție chirurgicală ca *să-i anihileze capacitatea de-a roș*i? Părea aberant, i-a zis, ba și mai rău, inutil. Își amintește că l-a auzit spunându-i: „Voi, oamenii de televiziune, sunteți dispuși să faceți orice ca să avansați în carieră."

S-a întors acasă cu ochii în lacrimi, supărată, dar și jignită, întrebându-se dacă ceea ce făcuse fusese într-adevăr un capriciu, o slăbiciune. În săptămânile și lunile care-au urmat a devenit din ce în ce mai convinsă că soluția chirurgicală la care apelase o transformase într-un soi de impostoare. „Operația mi-a netezit calea spre cariera de jurnalist, pentru care m-am pregătit", spune Drury, „dar mi-a fost foarte rușine că am simțit nevoia să scap de probleme

recurgând la astfel de mijloace artificiale.”

A început să se teamă tot mai tare că vor afla și alții despre operație. Odată, un colaborator care încerca să-și dea seama ce se schimbase în înfățișarea ei a întrebat-o dacă slăbise. I-a răspuns, cu un zâmbet abia schițat, că nu, fără să mai adauge nimic altceva. „Mi-aduc aminte că, în duminica de dinainte de Indy 500[{20}], am fost la un picnic organizat de cei din studio și mă rugam mereu în gând să pot pleca de-acolo fără să fiu întrebată de nimeni «Hei, ce s-a întâmplat cu roșeața ta?»” A constatat că era exact aceeași stânjeneală ca înainte, numai că acum nu mai era provocată de roșire, ci de absența ei.

În timpul emisiunilor televizate, timiditatea a început din nou să-i creeze probleme. În iunie 1999 și-a preluat noua slujbă, dar nu era programată să apară pe post vreme de două luni. În acest răstimp, își simțea sufletul tot mai apăsat de îndoielile cu privire la perspectiva de a-și relua activitatea în televiziune. Într-una din zilele acelei veri a ieșit pe teren împreună cu o echipă care filma efectele dezastruoase ale unei furtuni ce smulsese din rădăcini copacii dintr-un oraș învecinat. Au lăsat-o să-și verifice ținuta în fața camerei de luat vederi. Era sigură că arată bine, dar nu se simțea deloc așa. „Aveam sentimentul că nu era locul meu acolo, că nu meritam să fiu acolo”, spune Drury. Câteva zile mai târziu și-a dat demisia.

Trecuse mai mult de-un an de-atunci, timp în care fusese nevoită să-și reașeze viața pe traiectoria firească. Fără serviciu și copleșită de rușine, a stat o vreme retrasă, fără să vadă pe nimeni, stând pe canapea și uitându-se la televizor, într-o stare depresivă în care se adâncea tot mai mult. Încet-încet, situația a început să se schimbe. Mai întâi, s-a forțat să recunoască, față de prieteni și foști colegi, ce se întâmplase de fapt. A fost în egală măsură surprinsă și ușurată să constate că aproape toți cei cu care vorbise o susțineau și-o încurajau, în septembrie 1999 a avut chiar forța de-a înființa o organizație, Red Mask Foundation (Fundația Măștii Roșii), menită să popularizeze informații despre fenomenul de roșire cronică și sa ofere sprijin tuturor celor afectați de el. Se părea că dezvăluirea secretului îi permitea, în sfârșit, să-și continue drumul.

În iarna acelui an și-a găsit o nouă slujbă – de data aceasta, la

radio, ceea ce era perfect normal. A devenit asistenta șefului reprezentanței studioului de radio Metro Network din Indianapolis. Prezenta zilnic știrile de dimineață pe două posturi și se ocupa, în fiecare după-amiază, de transmisiile din trafic atât pentru acestea, cât și pentru alte posturi de radio. Primăvara următoare, recăpătându-și încrederea în sine, a reluat, treptat, legătura și cu unele posturi de televiziune. Cel local al studiourilor Fox au acceptat s-o angajeze ca prezentator de rezervă. La începutul lui iulie a fost chemată în emisiune în ultimul moment, ca să susțină știrile din trafic pe parcursul celor trei ore ale programului de dimineață.

Am văzut și eu înregistrarea acelui program. Era realizat după toate regulile matinalelor de știri, cu doi crainici veseli – un bărbat și o femeie – cufundați în fotolii confortabile, fiecare cu câte-o cană uriașă cu cafea în față. Se întrerupeau din jumătate în jumătate de oră ca să-i dea legătura lui Drury pentru difuzarea, în răstimpul a două minute, a unui buletin de știri din trafic. Acesta consta în anunțarea accidentelor și a blocajelor produse în anumite zone ale orașului, pe care Drury le indica, stând în picioare, pe hărțile proiectate pe ecranul din spatele ei. Din când în când, cei doi prezentatori i se adresau pe un ton glumeț – de exemplu, „Hei, nu ești tu fata care ne transmite de obicei noutățile din trafic” –, ceea ce nu-i crea niciun fel de disconfort, ba dimpotrivă, le răspundea în cel mai firesc mod, râzând și glumind la rândul ei. Era captivant, spune Drury, nu și ușor însă. Se simțea, fără voia ei, puțin stânjenită, întrebându-se ce-ar putea gândi lumea despre revenirea ei în televiziune după atâta vreme. Dar senzația respectivă n-o copleșea. Începea să se simtă bine în propria-i piele, după cum afirma ea însăși.

Cei care citesc aceste rânduri vor dori să afle dacă, până la urmă, problemele ei erau de natură fizică sau psihologică. Clarificarea unei asemenea chestiuni este însă imposibilă, tot așa cum nu se poate stabili dacă fenomenul roșirii are cauze fizice ori mentale. La fel, în cazul oricărui om, cele două laturi coexistă, ele neputând fi separate nici măcar de bisturiul unui chirurg. Am întrebat-o pe Drury dacă regreta că făcuse operația. „Absolut deloc”, mi-a răspuns. Ba chiar consideră că pentru ea a fost „leacul” de care avea nevoie. Și mi-a

mai spus: „Oamenii trebuie să știe că intervenția chirurgicală nu rezolvă problema pentru totdeauna.” Găsise o cale de mijloc – atinsese, după părerea ei, un stadiu de satisfacție medie. Se eliberase de povara timidității excesive pe care i-o provocase roșirea, dar accepta faptul că nu va scăpa niciodată definitiv de ea. Anul următor, în octombrie, a devenit reporter independent part time pentru Channel 6, filiala din Indianapolis a postului de televiziune ABC. Speră că, la un moment dat, va ajunge să lucreze fulltime.

Omul care nu se putea opri din mâncat

Operația de bypass gastric de tip Roux-en-Y este o procedură radicală și cea mai drastică modalitate disponibilă de a pierde în greutate. Este, totodată, cea mai ciudată intervenție chirurgicală la care am participat vreodată. Nici nu înlătură vreo afecțiune, nici nu rezolvă vreo anomalie sau vreo leziune. Este o operație prin care se vizează controlarea voinței cuiva – manipularea viscerelor unei persoane, pentru a o determina să nu mai mănânce niciodată peste măsura. Iar popularitatea ei este din ce în ce mai mare. În 1999, au apelat la un asemenea tip de operație circa 45 000 de pacienți obezi din SUA și se estima că numărul lor urma să se dubleze până în 2003. Vincent Caselli era și el pe cale de-a li se alătura.

Pe 13 septembrie 1999, la ora 7:30 dimineața, un anestezist și două infirmiere l-au adus pe Caselli (al cărui nume real a fost schimbat) în sala de operație, unde-l așteptam împreună cu chirurgul lui curant. Caselli avea cincizeci și patru de ani, era operator de utilaj greu și antreprenor în construcții de drumuri (se ocupase, împreună cu echipa lui, de pavarea unei intersecții din cartierul în care locuiam), se născuse într-o familie de imigranți italieni, era căsătorit de treizeci și cinci de ani, avea trei fete mari, care deveniseră, între timp, mame. Și încă ceva: avea o greutate corporală de două sute paisprezece kilograme, la o înălțime de numai un metru și șaizeci și cinci de centimetri, și era nefericit. Imobilizat la domiciliu, cu sănătatea șubrezită, ducea o viață care nu mai avea nimic comun cu un trai normal.

Pentru pacienții din categoria celor foarte obezi, numai anestezia generală în sine este o procedură riscantă, iar chirurgia abdominală majoră are toate șansele să implice efecte dezastruoase. Obezitatea crește considerabil riscul de producere a insuficienței respiratorii, a atacului de cord, a herniilor - a aproape oricărei complicații posibile, inclusiv a decesului. Cu toate acestea, dr. Sheldon Randall,

chirurgul curant, era relaxat – vorbea cu asistentele despre weekendurile lor, îl încuraja pe Caselli că totul va decurge foarte bine –, căci făcuse peste o mie de asemenea operații. Eu, rezidentul care asista la intervenție, aveam în continuare un sentiment de neliniște. Privind ce eforturi făcea Caselli ca să treacă din scaunul cu rotile pe masa de operație și cum se oprește, la jumătatea distanței, ca să-și tragă sufletul, mi-era teamă că se va prăbuși în secunda următoare. Odată ajuns pe masă, șoldurile i s-au revărsat de-o parte și de alta, așa că am verificat de două ori spațiul până la marginea mesei care-l proteja de marginile ascuțite ale acesteia. Pe trupul gol, halatul de spital de mărime „universală” abia reușea să-i acopere o mică parte a corpului, așa că, din pudoare, o asistentă i-a pus peste partea inferioară o pătură. Când am încercat să-l așezăm la orizontală, n-a mai putut să respire, iar pielea i s-a albăstrit. Anestezistul a fost nevoit, așadar, să-l adoarmă în poziție verticală. Abia după inserarea tubului pentru asigurarea respirației și conectarea la dispozitivul de ventilație artificială am reușit să-l culcăm pe spate.

Era cât un munte pe masa de operație. Eu am un metru optzeci și cinci înălțime, dar chiar și în condițiile în care masa era coborâtă la maximum posibil, am fost nevoit să stau cocoțat pe un taburet ca să pot opera; dr. Randall se ridicase pe două taburete așezate unul peste altul. Mi-a făcut semn cu capul și am efectuat o incizie verticală, în jos, pe mijlocul pântecelui, străbătând straturile de piele și de grăsime gălbuie, lucioasă. În cavitatea abdominală, ficatul era și el împănat cu grăsime, care îi acoperea din abundență intestinul; stomacul, în schimb, avea un aspect normal – o pungă cu pereți netezi, de culoare cenușiu-rozalie și mărimea a doi pumni. Am instalat retractoare metalice, pentru a menține plaga deschisă și a ține deoparte ficatul și ansele șerpuitoare ale intestinului, l-am capsat o porțiune de stomac, reducându-i capacitatea de depozitare a alimentelor la dimensiunea de circa 30 de grame; înainte de operație putea găzdui ceva mai mult de un litru, în timp ce acum nu mai încăpea decât conținutul unui păhărel de lichior. Am atașat apoi orificiul acestei mici pungi stomacale la o porțiune a intestinului situată la o distanță de șaizeci de centimetri dincolo de duoden,

ocolind deci duodenul, prima parte a intestinului subțire, unde are loc digerarea hranei cu ajutorul bilei și a sucurilor pancreatice. Aceasta a fost componenta de bypass a intervenției, care a avut ca scop încetinirea absorbției alimentelor, indiferent de cantitatea de hrană pe care ar putea-o găzdui stomacul.

Operația ne-a luat ceva mai mult de două ore. Starea lui Caselli a fost tot timpul stabilă, dar a avut o recuperare dificilă. De obicei, după o astfel de intervenție chirurgicală, pacienții pot pleca acasă în termen de trei zile. Caselli, în schimb, după două zile abia începuse să-și dea seama unde se află. Vreme de douăzeci și patru de ore nu i-au funcționat rinichii, iar plămânii acumulasem lichid. Începuse să delireze – vedea tot felul de lucruri pe pereți, își trăgea masca de oxigen de pe față sau electrozii cu care era conectat la monitoare, ba chiar și perfuzia montată la mână. Eram îngrijorați, iar soția și fiicele lui erau de-a dreptul îngrozite. Treptat însă, a început să-și revină.

A treia zi după operație se simțea suficient de bine ca să ia câteva înghițituri de lichide limpezi (apă, suc de mere, băutură irlandeză de ghimbir), în cantități de până la 30 de grame, din patru în patru ore. În cursul vizitei de după-amiază l-am întrebat cum a mers înghițitul. „OK”, mi-a răspuns. Am început să-i dăm porții de câte 100 de grame de Camation Instant Breakfast{21}, pentru a-i asigura necesarul de proteine și un aport scăzut de calorii. A putut să mănânce jumătate din cantitate, în decurs de o oră. A avut apoi senzația de sațietate, moment în care a și simțit o durere tăioasă, neplăcută. Era de așteptat, i-a zis dr. Randall. Urma să-l mai necăjească vreo câteva zile, înainte de-a fi pregătit să tolereze hrana solidă. Dar avea o evoluție bună. Nu mai era nevoie să i se administreze intravenos lichide. Avea control asupra durerii provocate de plagă. Iar după o scurtă perioadă de acomodare petrecută în secția de reabilitare, l-am trimis acasă.

După două săptămâni l-am întrebat pe dr. Randall cum se mai simțea Caselli. „Foarte bine”, mi-a răspuns chirurgul. Deși mă mai ocupasem și înainte de el de câteva cazuri similare, n-am văzut niciodată cum a evoluat în timp starea pacienților după externare. Va reuși să se debaraseze de toate kilogramele acelea? Am vrut să

știu. Și cât de mult putea să mănânce? Randall mi-a sugerat să-i fac o vizită lui Caselli, ca să aflu singur răspunsurile. Așa că, într-una din acele zile ale lui octombrie, i-am dat un telefon. Părea că se bucura să mă audă. „Haideți până la mine”, m-a invitat. Și m-am dus să-l văd chiar în acea zi, după orele de program.

Vincent Caselli locuia, împreună cu soția sa, într-o modestă casă de lemn în stil colonial, situată într-o zonă de la periferia orașului Boston. Ca să ajung acolo, m-am înscris pe autostrada 1, am trecut pe lângă patru Dunkin Donuts, patru pizzerii, trei localuri de tip steak house, două McDonald’s, două restaurante Ground Rounds, un fast food Taco Bell, un Friendly’s{22} și un International House of Pancakes{23}. (O priveliște îndeobște prietenoasă, dar care, în acea zi, părea doar un trist tur de orizont asupra fenomenului cotidian de autodistrugere.) Am sunat la ușă. A trecut mai bine de-un minut până să aud sunetul slab al unor pași ce se apropiau de intrare. Mi-a deschis Caselli. Respira greu. Dar chipul i s-a destins într-un zâmbet larg când a dat cu ochii de mine și mi-a strâns mâna călduros. M-a condus – sprijinindu-se la fiecare pas de masă, de perete, de cadrul ușii – spre o masă din bucătăria sa cu tapet înflorat.

L-am întrebat cum se simte. „Bine, realmente bine”, mi-a răspuns. Nu mai avea durerea provocată de operație, incizia era vindecată și, deși nu trecuseră decât trei săptămâni de la intervenție, slăbise deja douăzeci de kilograme. Dar, deși ajunsese la o sută nouăzeci și cinci de kilograme și își strâmta mereu pantalonii cu talia 64 și tricourile XXXXXXL (cele mai mari pe care le putuse găsi la magazinul de confecții pentru măsuri excepționale), tot nu se simțea altfel decât înainte. Când se așeza, era nevoit să-și țină picioarele depărtate ca să-și poată lăsa abdomenul în voie printre ele, iar când stătea pe un scaun de lemn, greutatea corpului îl forța să-și schimbe poziția în fiecare minut, fiindcă altfel îi amorțea șezutul. Sudoarea i se prelingea printre cutele frunții, îmbibându-i părul cărunt și făcându-l să stea lipit de creștetul capului. Ochii căprui, apoși, aveau dedesubt pungi întunecate. Respira greu, cu zgomot.

Am discutat despre momentele când se întorsese de la spital. Cea dintâi masă solidă pe care a încercat-o a constat într-o porție de ouă jumări. A fost de-ajuns ca să se simtă dintr-odată cumplit de sătul.

Atât de sătul, își amintea Caselli, încât i s-a făcut rău și și-a provocat voma. Îi era teamă că în stomacul lui nu va mai ajunge niciodată ceva solid. Treptat însă, a constatat că putea să tolereze cantități mici de alimente moi – piure de cartofi, macaroane, chiar și carne de pui mărunțită fin și îmbibată cu lichid. A observat că făinoasele și produsele din carne uscate i se „înțepeneau" în tubul digestiv și era nevoit să-și vâre un deget pe gât ca să le vomite.

Faptul că se ajunsese aici îl îngrijora pe Caselli, dar se împăcase cu gândul că așa trebuia să fie. „Dacă mai durează un an sau doi, sunt pierdut", spunea el. Începuse lupta când se-apropia de treizeci de ani. „Am avut întotdeauna ceva greutate în plus." Când s-a căsătorit cu Teresa (așa-i voi spune soției lui) avea o sută zece kilograme, iar zece ani mai târziu ajunsese la o sută cincizeci. A urmat un regim de slăbire și a scăpat de treizeci și opt de kilograme, dar apoi a pus la loc o sută. În 1985 ajunsese la două sute de kilograme. Cu ajutorul unei diete a coborât până la nouăzeci și cinci de kilograme. După care, din nou, greutatea i-a urcat vertiginos. „Cred că am câștigat și am pierdut cincizeci de kilograme", mi-a zis. A devenit hipertensiv și diabetic, i-a crescut colesterolul, îl dureau mereu genunchii și spatele, îi diminuase considerabil mobilitatea fizică. Obișnuia să ia bilete la meciurile echipei de hochei pe gheață Boston Bruins din fiecare campionat și să meargă mereu, în timpul verii, la circuitul auto de la Seekonk. Cu mulți ani în urmă participase el însuși la curse. Acum, de-abia mai reușea să parcurgă distanța până la camionetă. Nu mai călătorise cu avionul din 1983 și trecuseră deja doi ani de când urcase ultima oară la etajul al doilea al propriei case, fiindcă nu mai putea să urce scările. Mi-a spus: „Acum un an, Teresa a cumpărat un computer pentru biroul ei de la etajul unu, dar nu l-am văzut niciodată." A fost nevoit să se mute din dormitorul lor, de la primul etaj, într-o cameră mică de lângă bucătărie. Întrucât îi era imposibil să stea întins, dormise, de atunci, într-un fotoliu rabatabil. Chiar și-așa, nu reușea decât să moțăie, în reprize, datorită apneei în somn – un sindrom foarte frecvent în rândul oamenilor obezi, a cărui apariție este corelată cu prezența excesului de grăsime de la nivelul limbii și al țesuturilor moi ale căilor aeriene superioare. Din jumătate în jumătate de oră i se

întrerupea respirația și se trezea cu senzația că nu mai are aer. Avea o stare de oboseală permanentă.

Mai erau și alte probleme, din categoria celor despre care oamenii nu prea vorbesc. După spusele lui, era aproape imposibilă menținerea unei igiene corecte. Nu mai putea să stea în picioare când urina, iar după ce-și golea intestinul era deseori necesar să facă duș ca să se curețe. Pliurile pielii erau iritate și roșii, iar uneori îi apăreau furuncule și infecții. L-am întrebat: „V-a afectat viața conjugală?” „Sigur”, mi-a răspuns. „Nu au mai existat relații sexuale. Am speranțe mari în privința asta.” Cel mai mare neajuns îl constituia însă diminuarea capacității lui Caselli de a-și câștiga existența.

Tatăl lui Vincent emigrase din Italia în anul 1914 și venise la Boston ca să lucreze în construcții. În scurtă vreme își achiziționase un excavator cu abur și își înființase o firmă. În 1960, Vince a preluat afacerea împreună cu fratele lui, iar în 1979, a pornit pe cont propriu. Avea dexteritate în manevrarea echipamentului greu – cel mai bine se pricepea să manipuleze Gradall-ul, un excavator hidraulic cu o capacitate de treizeci de tone, în valoare de trei sute de mii de dolari – și și-a angajat o echipă de muncitori pentru construirea de drumuri și trotuare. A ajuns să-și achiziționeze un Gradall, un camion Mack cu zece roți pentru construcții, un încărcător și câteva camionete. În ultimii trei ani însă, proporțiile fizice pe care le atinsese nu-i mai permiteau să manipuleze Gradall-ul sau să facă față cerințelor cotidiene legate de întreținerea echipamentului. A fost nevoit să-și conducă afacerea de la domiciliu și să-și angajeze oameni care să preia lucrările; a apelat și la un nepot ca să-l ajute să coordoneze echipa de muncitori și să administreze contractele. Cheltuielile au crescut și, fiindcă nu se mai putea ocupa singur de rezolvarea chestiunilor birocratice, a început să aibă dificultăți din ce în ce mai mari în privința obținerii unor noi contracte. Dacă n-ar fi avut salariul Teresei – care administrează un centru de asistență socială din Boston – ar fi fost faliți.

Teresa, o roșcată drăguță, pistruiată (și cu o greutate corporală destul de normală) insistase de multă vreme să țină regim și să practice regulat exerciții fizice. Și el își dorea cu disperare să piardă

din excesul de kilograme, dar se pare că stresul pe care i-l impunea controlul riguros al dietei, la fiecare masă din zi, era prea mare pentru Caselli. „Sunt un om cu tabieturi”, mi-a declarat. Iar mâncatul, zicea el, era cel mai prost obicei al său. Care este însă problema, din moment ce toată lumea are o asemenea deprindere? L-am întrebat prin ce anume se deosebea obiceiul *lui* de al celorlalți. Ei bine, porțiile pe care le consuma erau prea mari și nu putea niciodată să lase ceva în farfurie. Dacă mai rămâneau paste în vasul în care fuseseră pregătite, le mânca. Voiam să aflu de ce. Oare doar pentru că-i plăcea să mănânce? S-a gândit puțin înainte de-a răspunde. Nu, a zis, în cele din urmă, pe un ton hotărât, nu era vorba de plăcere. „Mâncatul mă făcea să mă simt bine instantaneu”, mi-a spus, „dar atât.” Atunci de unde o asemenea pornire? Să fi fost răspunzătoare foamea excesivă? „Nu-mi era niciodată foame”, mi-a zis.

Din câte mi-am dat seama, impulsul de-a mânca era declanșat și la Caselli, ca și în cazul oricărei persoane, de aceleași motive: gustul apetisant al unui fel de mâncare, sosirea orei șapte seara, când toată lumea cinează ori aspectul îmbietor al preparatelor etalate pe masă. Și se oprea din mâncat ca orișicine: fiindcă era sătul, iar mâncatul nu-i mai producea plăcere. Principala diferență față de alți oameni consta în faptul că el avea nevoie de o cantitate neobișnuit de mare de alimente ca să se simtă sătul. (îngurgita cât ai clipi o pizza mare.) Ca să slăbească, avea de înfruntat aceleași probleme ca și oricine altcineva aflat în situația de-a ține un regim alimentar – să se ridice de la masă înainte de-a se simți sătul sau cât încă persista gustul bun al mâncării și să facă mișcare. Erau lucruri fezabile pe termen scurt și, cu ceva efort de memorie și antrenament, chiar și pe termen puțin mai lung, dar, așa cum avea să constate, nu era în stare să-și mențină o astfel de conduită și pe perioade îndelungate de timp. „Nu sunt o fire puternică”, declara Caselli.

Pe la începutul anului 1998, medicul internist i-a spus: „Dacă nu reușești să te debarasezi de kilogramele astea, vom fi nevoiți să recurgem la ceva mai drastic.” Avea în vedere intervenția chirurgicală. I-a descris cu lux de amănunte întreaga procedură și i-a dat numărul de telefon al doctorului Randall. Caselli nici nu se

gândea să apeleze la o astfel de metodă. Ideea în sine de-a se supune acelei operații îl neliniștea peste măsura. Asta ar fi implicat să-și lase baltă afacerile o vreme, ceea ce i se părea de neconceput. Un an mai târziu însă, în primăvara lui 1999, a făcut o infecție severă la nivelul membrelor inferioare: creșterea progresivă în greutate a determinat apariția varicelor, urmată de subțierea și crăparea pielii, ceea ce a dus, în final, la producerea unor ulcerații purulente, în ciuda durerii sfâșietoare, n-a acceptat să meargă la doctor decât după insistențele soției sale. Medicul i-a stabilit diagnosticul de celulită severă, care a impus spitalizarea lui Caselli, timp de o săptămână, pentru administrarea unui tratament intravenos cu antibiotice.

La spital a fost supus și unei proceduri imagistice în vederea depistării unor eventuale cheaguri sangvine la nivelul membrelor inferioare. După un timp, radiologul a venit să-i comunice rezultatul. „Îmi zice", își amintea Caselli, „ «ești un om norocos»." „Îl întreb «Am câștigat la loterie? Sau ce s-a întâmplat?», la care-mi răspunde «Nu ai niciun cheag de sânge, ceea ce mă surprinde, realmente.» îmi spune, «Nu vreau să-ți spulber iluziile, dar cei aflați într-o situație similară cu a ta riscă, de obicei, să facă cheaguri sangvine. De unde deduc că starea ta de sănătate e destul de bună»" – cu singura condiție, a continuat radiologul, ca domnul Caselli să ia o măsură în privința greutății lui corporale.

Ceva mai târziu a venit să-l vadă și specialistul în boli infecțioase. I-a desfăcut bandajele, i-a examinat leziunile și l-a bandajat la loc. I-a spus că picioarele arătau mai bine. Dar a adăugat: „Trebuie să-ți spun ceva. M-am uitat în fișa ta medicală – am văzut unde, ce și cum ai fost. Acum ești aici și uite ce se întâmplă. Scapă de greutatea aia – și nu-ți spun asta ca să te determin să faci un efort suprem, îți *spun* – scapă de greutatea aia și-o să fii sănătos tun. Ai inima bună. Plămânii buni. Ești robust."

„L-am luat în serios", mi-a zis Caselli. „Știți, doi doctori diferiți îmi spun același lucru. Nu mă cunosc decât din ceea ce-au citit în fișe. N-aveau niciun motiv să-mi spună așa ceva. Dar știau că greutatea era o mare problemă în cazul meu. Și dacă aș putea s-o scad…"

Odată ajuns acasă, a mai stat la pat încă două săptămâni, în tot acel răstimp, afacerea intrase într-o fază de declin. Nu mai intrau decât contracte parțiale și știa că, după ce-și vor încheia angajamentele curente, oamenii lui trebuiau lăsați să plece în altă parte. Teresa i-a făcut o programare la dr. Randall și s-a dus. Doctorul i-a descris operația de bypass gastric și l-a informat foarte deschis asupra riscurilor pe care le implica. Riscul de deces era de unu la două sute de cazuri, iar cel de producere a unui efect advers – de exemplu, hemoragie, infecție, ulcerații gastrice, formarea de cheaguri sangvine – era de unu la zece cazuri. Medicul i-a mai spus că intervenția urma să-i schimbe pentru totdeauna modul de-a mânca. Incapabil să mai lucreze, umilit, epuizat de suferință și de durere, Vincent Caselli a ajuns la concluzia că tratamentul chirurgical era unica speranță în situația lui.

Este dificil să analizezi problema apetitului fără să te întrebi dacă noi, oamenii, avem vreun cuvânt de spus în privința propriilor noastre vieți. Credem în voință: trăim cu impresia că avem libertatea de-a lua cele mai banale decizii – de pildă, de a ne așeza sau a sta în picioare, de a vorbi sau a tăcea, de a lua o bucată de plăcintă sau nu. Cu toate acestea, sunt foarte puțini aceia care, fie ei grași sau slabi, au posibilitatea de a-și scădea greutatea corporală pentru un timp mai îndelungat Tratamentul pentru pierderea în greutate a fost aproape întotdeauna sortit eșecului. Indiferent de regimul alimentar pe care-l urmează – pe bază de lichide, de grepfrut sau cu un aport ridicat de proteine, dieta Zone, Atkins ori Omish –, oamenii se debarasează destul de rapid de kilogramele excedentare, dar nu-și mențin nivelul de greutate atins cu-atâta trudă. În 1993, o comisie de experți ai National Institutes of Health (Institutele Naționale ale Sănătății) a trecut în revistă studiile referitoare la regimurile alimentare efectuate în timpul mai multor decenii și au constatat că, indiferent de câte kilograme au dat jos, între 90 și 95% dintre subiecți au pus la loc de la o treime până la două treimi din greutatea pe care o pierduseră într-un interval de un an – și au ajuns din nou, în decurs de cinci ani, la cota de la care porniseră.

Medicii le-au suturat pacienților maxilarele, ca să le mențină aproape închise, le-au implantat baloane de plastic în stomac, le-au îndepărtat cantități uriașe de grăsime corporală, le-au prescris tratamente cu amfetamine și cu cantități mari de hormon tiroidian, ba chiar i-au supus unor intervenții neurochirurgicale menite a le distruge centrii foamei situați în regiunea cerebrală numită hipotalamus – și totuși, oamenii nu-și pot menține greutatea corporală la care au reușit să ajungă prin tratamentul chirurgical. Fixarea maxilo-mandibulară, de exemplu, poate determina o reducere substanțială a numărului de kilograme excedentare, iar cei care solicită o asemenea procedură sunt la fel de motivați ca la început; unii dintre ei însă înregistrează, și după intervenția chirurgicală, o creștere în greutate, fie datorită aportului mare de calorii din alimentele în stare lichidă pe care le consumă, fie ca urmare a reluării unei diete necorespunzătoare, imediat după îndepărtarea firelor de sutură ce le fixaseră maxilarele. Noi, oamenii, suntem o specie care, în timpul evoluției, a învățat să supraviețuiască în împrejurări de foamete, nu să reziste în condiții de abundență.

Singurul grup de ființe umane care nu urmează tristul curs istoric al unor astfel de eșecuri sunt, în mod surprinzător, copiii. Nimeni nu susține că ei ar avea o capacitate de autocontrol superioară celei a adulților; cu toate acestea, patru studii cu control statistic care au urmărit evoluția unor copii obezi cu vârste între șase și doisprezece ani au relevat faptul că subiecții repartizați în lotul de utilizatori ai cursurilor destinate însușirii celor mai simple deprinderi comportamentale (constând în lecții săptămânale, predate pe parcursul a șase până la opt săptămâni, urmate de ședințe lunare eșalonate de-a lungul unui an întreg) au avut, la sfârșitul celor zece ani de monitorizare, o greutate corporală semnificativ mai scăzută decât a celor care nu au participat la astfel de cursuri, iar 30% dintre ei nu mai erau obezi. Este evident că poftele copiilor pot fi modelate. Ale adulților însă, nu.

Momentul edificator este cel al mesei. Există cel puțin două moduri în care oamenii pot mânca, la o singură masă, mai mult decât le este necesar. Unul dintre ele constă în ingurgitarea lentă,

dar neîntreruptă, a alimentelor, într-un interval de timp exagerat de lung. Este cazul celor care suferă de sindromul Prade-Willi – o disfuncție ereditară, foarte rară, a hipotalamusului, ce inhibă senzația de sațietate – și care, deși mănâncă într-un ritm de două ori mai lent decât majoritatea semenilor, nu se pot opri. Dacă nu li se instituie un control foarte strict în ceea ce privește accesul la alimente (întrucât, în situația în care nu găsesc altceva de mâncare, unii ajung să consume resturi alimentare sau hrană pentru animale), obezitatea are, în cazul lor, risc letal.

Și mai obișnuit este însă modelul bazat pe aportul rapid. Ființele umane sunt supuse, după părerea oamenilor de știință, unui „paradox al grăsimii". Îndată ce pătrunde în stomac și în duoden (care constituie porțiunea superioară a intestinului subțire), hrana activează receptorii senzoriali, proteici și lipidici situați la nivelul hipotalamusului, unde este indusă senzația de sațietate. Această reacție este stimulată în cel mai înalt grad de grăsime – chiar și un aport minim, odată ajuns în duoden, inhibă pofta de mâncare. Și totuși consumăm prea multă grăsime. Cum e posibil așa ceva? Este o chestiune ce ține de viteza de reacție. Alimentele pot activa receptorii de la nivelul cavității bucale, care determină hipotalamusul să *accelereze* procesul de ingestie – și, din nou, grăsimea este cel mai puternic stimulent; e suficient ca pe limbă să ajungă o cantitate infimă și receptorii ne și îndeamnă să mâncăm mai repede, mai înainte ca semnalele de la nivelul intestinului să ne inhibe apetitul. Cu cât gustul alimentelor este mai bun, cu atât mâncăm mai repede – este vorba de așa-numitul „efect aperitiv". (în cazul în care vă întrebați cum se petrec lucrurile, aflați că fenomenul în speță se produce datorită faptului că mestecăm nu cu o viteză mai mare, ci într-o manieră mai superficială. Cercetătorii francezi au constatat că, pentru a ingurgita mai multe alimente, într-un timp mai scurt, oamenii își reduc „durata masticației" – așadar, „mestecă de mai puține ori o unitate standard de hrană" înainte de-a o înghiți. Cu alte cuvinte, înfulecăm.)

Aparent, nivelul greutății corporale pe care îl poate atinge cineva este determinat, parțial, de modul cum interpretează hipotalamusul și creierul mic semnalele contradictorii primite de la receptorii din

cavitatea bucală și din intestin. Unii oameni se simt sătui destul de repede după ce încep să mănânce; alții, precum Vincent Caselli, resimt efectul aperitiv un timp mult mai îndelungat. În ultimii ani au fost elucidate numeroase laturi ale mecanismelor acestui proces de control. În prezent știm că nivelul unor hormoni – de pildă, leptina și neuropeptidul Y – scade și crește în funcție de concentrațiile grăsimilor, ajustând astfel intensitatea apetitului. Cu toate acestea, cunoștințele noastre actuale cu privire la mecanismele respective sunt încă precare.

Să luăm ca exemplu un raport, din anul 1998, referitor la doi bărbați „JBR" și „RH", care sufereau de amnezie profundă. Aidoma protagonistului din filmul Me*mento,* erau capabili să poarte o conversație coerentă, dar numai atâta vreme cât nu le era distrasă atenția; de îndată ce apărea un factor perturbator, nu-și mai aminteau absolut nimic din ceea ce discutaseră cu un minut înainte, nici măcar faptul că vorbeau cu cineva. (BR avusese un episod de encefalită virală, iar RH suferea, de două decenii, de epilepsie.) Paul Rozin, profesor de psihologie la Universitatea din Pennsylvania, s-a gândit să-i angreneze într-un experiment ce urmărea să descifreze corelația dintre memorie și mâncat. Împreună cu membrii echipei sale de cercetare a adus, timp de trei zile consecutiv, celor doi participanți, exact tipul de alimente pe care le consuma fiecare dintre ei în mod obișnuit (BR a primit ruladă de came, supă de orz, roșii, cartofi, mazăre, pâine, unt, pere și ceai, iar RH, cotlet de vițel pane cu parmezan și paste, fasole verde, suc de fructe și tartă cu mere). Zilnic, BR a mâncat tot, pe când RH nu a reușit să consume întreaga cantitate de alimente oferite. Farfuriile le erau luate după fiecare masă de prânz. Zece-treizeci de minute mai târziu, cercetătorii le aduceau, iarăși, aceleași feluri de mâncare, anunțându-i: „A sosit prânzul." Cei doi bărbați au mâncat la fel de mult ca înainte. Scenariul a fost reluat, identic, după un nou interval de zece-treizeci de minute. Cercetătorii le-au spus subiecților. „A sosit prânzul." Și ambii bărbați mâncau din nou. Ba chiar i-au oferit lui RH un al patrulea prânz consecutiv. Abia atunci, acesta i-a refuzat, afirmând că își simțea stomacul „cam plin". Receptorii senzoriali de la nivelul stomacului nu erau complet inactivi. Întrucât

afectarea severă a memoriei îi făcea să uite că mâncaseră, contextul social – masa de prânz adusă de cineva – putea îndeplini singur rolul de factor declanșator al apetitului.

Gândiți-vă numai ce forțe sunt mobilizate, la nivelul creierului, în vederea declanșării senzației de foame sau a celei de sațietate. Aveți receptori gustativi și olfactivi, ori percepția vizuală a unui tiramisu, care vă atrag într-o direcție, dar și receptori intestinali ce vă îndreaptă spre direcția opusă. Aveți leptine și neuropeptide care vă anunță că aveți o rezervă de grăsimi prea mare sau prea mică. Și mai aveți propriul dumneavoastră simț social și personal ce vă ajută să apreciați cât de bine-venită e ideea de-a mânca mai mult. Dacă unul dintre mecanismele implicate nu mai funcționează corect, aveți o problemă.

Cum, la ora actuală, cunoștințele pe care le deținem cu privire la apetit nu ne permit să-i înțelegem complexitatea, n-ar trebui să fim surprinși de faptul că medicamentele pentru inhibarea poftei de mâncare nu au înregistrat, decât într-o mult prea mică măsură, succesul scontat în ceea ce privește reducerea aportului alimentar. (Cea mai eficientă s-a dovedit a fi terapia combinată bazată pe utilizarea a două preparate, fenfluramină și phenteramină, cunoscută și sub numele de „fen-phen”, dar corelarea ei cu apariția, la utilizatori, a unor anomalii ale valvelor inimii, a determinat retragerea respectivelor medicamente de pe piață.) Cercetătorii din mediul universitar și companiile farmaceutice și-au mobilizat forțele în direcția sintetizării unui agent terapeutic capabil să intervină eficient în tratamentul obezității severe. Până în prezent nu s-a ajuns la o formulă terapeutică adecvată în acest sens. Există totuși o alternativă terapeutică eficientă pentru abordarea unor astfel de cazuri și, oricât ar părea de ciudat, este vorba de o intervenție chirurgicală.

Am la spital o asistentă care lucrează la secția postoperatorie de terapie intensivă. Are patruzeci și opt de ani, o înălțime ce depășește cu puțin un metru și jumătate, părul de culoarea nisipului, tuns băiețește, și o alură aproape atletică, într-o zi, după ce mă întorsesem din vizita pe care i-o făcusem lui Vincent Caselli, în

timpul pauzei de cafea, mi-a spus că avusese cândva peste o sută douăzeci și cinci de kilograme. Caria (așa o voi numi de aici înainte) mi-a explicat că suferise, cu cincisprezece ani în urmă, o operație de bypass gastric.

Fusese obeză de la vârsta de cinci ani. Începuse, încă din gimnaziu, să țină diverse diete și să ia medicamente – laxative, diuretice, amfetamine. „Nu era niciodată o problemă să scap de kilogramele în plus", îmi zicea. „Greu era să nu le mai pun la loc." își aduce aminte cât de tare s-a necăjit, în timpul unei excursii cu prietenii, la Disneyland, când a constatat că, datorită taliei supradimensionate, nu putea să treacă de bariera rabatabilă de acces. La vârsta de treizeci și trei de ani a ajuns la o sută treizeci de kilograme. Într-o zi, în timpul unei călătorii pe care o făcuse la New Orleans, împreună cu prietenul ei, doctor, pentru a participa la o întrunire medicală, a văzut că respira atât de greu, încât nu mai era în stare să-și continue mersul de-a lungul străzii Bourbon. Mi-a spus că a avut atunci, pentru prima oară, un sentiment de frică: „Mi-am simțit viața în pericol – nu mă gândeam doar la calitatea ei, ci și la durata ei."

Asta se întâmpla în anul 1985. Doctorii începuseră să utilizeze unele proceduri chirurgicale pentru tratamentul radical al obezității, dar entuziasmul general cu privire la reușita lor era foarte scăzut. Existau două intervenții suficient de promițătoare. S-a dovedit că una dintre ele, denumită bypass jejuno-ileal – a fost aplicată aproape la nivelul întregului intestin subțire, ca să permită doar absorbția unei cantități minime de alimente –, avea efect letal. Era din ce în ce mai evident că și cealaltă, care consta în introducerea în stomac a unui inel intragastric, își pierdea eficiența în timp; oamenii aveau tendința să se adapteze la noile dimensiuni, mult mai mici, ale stomacului, consumând, din ce în ce mai frecvent, alimente cu un conținut caloric ridicat.

Lucrând într-un mediu spitalicesc însă, Caria a aflat numeroase informații cu privire la operația de bypass gastric – inserarea unui inel intragastric asociată cu redirecționarea intestinului, care să oblige pasajul mâncării doar pe o porțiune de un metru din intestinul subțire. Știa că datele referitoare la succesul unei astfel de

intervenții erau încă neîncurajatoare și că toate celelalte operații se soldaseră cu eșecuri, așa că abia după un an a putut lua o decizie în această privință. Dar cu cât creștea în greutate, cu atât devenea tot mai conștientă de faptul că trebuia să-și încerce norocul. În mai 1986 s-a hotărât să facă operația.

„Pentru prima oară în viața mea, m-am simțit sătulă", mi-a spus. La șase luni după intervenția chirurgicală ajunsese la nouăzeci și două de kilograme. După încă o jumătate de an avea doar șaizeci și cinci de kilograme. Scăzuse atât de mult în greutate, încât a fost nevoită să apeleze la o nouă intervenție chirurgicală ca să-i fie îndepărtat surplusul de piele ce atârna, de la nivelul abdomenului și al coapselor, până spre genunchi. Devenise de nerecunoscut pentru toți cei care știau cum arăta înainte, ba chiar și pentru ea însăși. „Am mers pe la baruri, ca să văd dacă puteam fi agățată de cineva - și am fost", mi-a zis Caria. Și-a adăugat, râzând: „Am refuzat de fiecare dată oferta." „Oricum, a fost o încercare", a continuat ea.

Schimbările apărute după operație n-au fost însă strict de natură fizică. S-a pomenit, treptat, că în adâncul ființei sale se năștea un sentiment puternic, pe care nu-l mai avusese până atunci: puterea voinței asupra mâncării. Nu mai *trebuia neapărat* să mănânce ceva. „Ori de câte ori mănânc, ajung să mă întreb, la un moment dat, «Oare-ți face bine? O să te îngrași dacă vei mânca prea mult?» Și mă opresc, pur și simplu." Se simțea deconcertată. Știa clar că intervenția chirurgicală justifica motivul pentru care nu mai mânca la fel de mult ca înainte. Și totuși avea senzația că ea era cea care lua decizia respectivă.

Așa cum reiese din studiile pe această temă, experiența Cariei era un exemplu tipic de operație de bypass gastric reușită. „Sigur că mi se face foame, dar am tendința să mă gândesc de două ori înainte de-a hotărî ce și cât voi mânca", mi-a spus o altă pacientă, care făcuse un tratament chirurgical identic și care purta cu ea însăși, ca și Caria, același tip de dialog interior – „Îmi pun întrebarea: «Chiar trebuie să mănânc așa ceva?» Mă supraveghez cu mare atenție." În cazul multor persoane, sentimentul că dețin controlul asupra situației se extinde și dincolo de aspectele legate strict de dietă.

Devin mai sigure pe ele, chiar mai îndârjite – mergând, uneori,

până în pragul declanșării unor stări conflictuale. S-a constatat, de pildă, că frecvența divorțurilor a crescut considerabil în rândul pacienților care au fost supuși unei astfel de intervenții chirurgicale. Nici Caria n-a făcut excepție: la câteva luni după operație s-a despărțit de partenerul ei.

În cazul Cariei, spectaculoasa pierdere în greutate s-a dovedit a nu fi doar un fapt aleatoriu. Rezultatele cercetărilor publicate până în prezent arată că majoritatea pacienților supuși unui bypass gastric pierd, în decurs de un an, minimum două treimi din surplusul lor ponderal (în general, peste cincizeci de kilograme). Ei reușesc să-și și păstreze noua greutate: studiile ce includeau o etapă de verificare a evoluției subiecților după zece ani de la data efectuării operației au constatat că respectivii pusesem la loc, în medie, nu mai mult de cinci-șase kilograme. Iar beneficiile la nivelul stării de sănătate sunt surprinzătoare: pacienții sunt expuși unui risc mai mic de-a face insuficiență cardiacă, astm sau artrită, cel mai remarcabil efect al tratamentului fiind concretizat, la 80% dintre suferinzii de diabet, în dispariția completă a simptomelor bolii.

Într-o dimineață de ianuarie a anului 2000, am trecut din nou pe la Vincent Caselli, ca să văd cum stăteau lucrurile la aproape patru luni după operație. N-a venit chiar țopăind sprinten ca să-mi deschidă, dar nu mai gâfâia deloc. Îi dispăruseră și pungile de sub ochi. Trăsăturile feței erau mai ferme, mai bine definite. În ciuda dimensiunilor generoase, și pieptul îi părea mai mic.

Mi-a spus că avea vreo sută șaptezeci și patru de kilograme – încă mult peste greutatea normală pentru un bărbat cu o înălțime de numai un metru și șaizeci și cinci de centimetri, dar, oricum, cu patruzeci și cinci de kilograme mai puțin decât avea când urcase pe masa de operație. Iar efectele pozitive asupra vieții lui începuseră să se simtă. Își aducea aminte că în octombrie ratase nunta fetei sale celei mici datorită faptului că pe atunci nu era în stare să străbată pe jos distanța până la biserică. Din decembrie însă, pierduse în greutate suficient de mult ca să-și reia mersul zilnic, din fiecare dimineață, până la garajul pe care-l avea în East Dedham. „Ieri am descărcat din camion trei cauciucuri”, mi-a spus. „Eu, să fi făcut așa

ceva acum trei luni? Nici nu se punea problema.” A urcat, pentru prima oară din anul 1997, scara interioară a propriei locuințe. „Într-o zi, în preajma Crăciunului, îmi zic în sinea mea: «Ia să-ncerc. Trebuie să-ncerc.» Am pășit foarte lent, treaptă cu treaptă, când cu-n picior, când cu celălalt.” Aproape că nu mai recunoștea nimic la primul etaj. Baia fusese renovată de când o văzuse ultima dată, iar Teresa îi preluase, cum era și firesc, dormitorul și dulapurile. Mi-a spus că avea de gând să se mute la loc, deși s-ar putea să mai dureze o vreme. Era nevoit să doarmă tot într-un fotoliu rabatabil, numai că acum reușea să stea timp de patru ore întins pe spate – „Mulțumesc lui Dumnezeu”, a zis. Nu mai avea diabet. Și, deși tot nu putea să stea în picioare mai mult de douăzeci de minute, scăpase și de ulcerațiile de la nivelul membrelor inferioare. Și-a suflecat pantalonii ca să-mi arate. Am observat că purta o pereche de ghete Red Wing obișnuite – odinioară, era nevoit să-și decupeze încălțămintea pe părțile laterale ca să-i încapă picioarele.

„Trebuie să mai dau jos încă cincizeci de kilograme”, a zis. Voia să fie în stare să meargă la lucru, să-și ia nepoții de la școală, să se ducă oriunde, fără să fie nevoit să se întrebe: „Or fi scări? Oi încăpea pe scaun? O să gâfâi?” Continua să mănânce cât o pasăre. Cu o zi în urmă, sărise peste micul dejun, prânzul constase doar într-o bucățică de carne de pasăre, cu garnitură de morcovi fierți și un cartof copt, iar la cină avusese un crevete la grătar, o fâșie de pui marinat teriyaki și două îmbucături de Lo mein cu legume și pui, de la un restaurant chinezesc. Își relua afacerea și mi-a spus că fusese, recent, la o masă de lucru. Se deschisese un nou restaurant în Hyde Park – îl considera „minunat” – și nu se putuse abține să nu comande un burger mare și o farfurie de cartofi prăjiți. N-a luat decât două înghițituri din burger și-a fost nevoit să se oprească. „Unul dintre cei cu care eram la masă mă-ntreabă: «Doar atât mănânci?» Și-i răspund: «Nu pot să mănânc mai mult.» «Serios?» Zic: «Da, nu pot mai mult. Ăsta-i adevărul.»”

Am remarcat însă că modul în care vorbise despre mâncare era complet diferit de cel al Cariei. Își motivase gestul renunțării la continuarea mesei explicându-mi că *se văzuse obligat* să procedeze astfel, nu că așa *voia.* Vrei să mai iei câteva înghițituri, și-a

continuat explicația, dar „începi să ai senzația că o să ți se reverse stomacul dacă mai iei o singură înghițitură”. Și totuși Caselli o lua deseori. Era picătura care-i declanșa un șuvoi de simptome – greață, durere și balonare exagerată, ce configurau tabloul caracteristic al așa-numitului sindrom *dumping*[{24}] – și care-l determinau să vomite imediat. Dacă ar fi existat o modalitate ce i-ar fi oferit posibilitatea de-a mânca mai mult, ar fi apelat la ea fără ezitare. A recunoscut că simplul fapt că gândea așa îl cam speria. „Nu-i corect”, mi-a zis.

Trei luni mai târziu, în aprilie, Vince m-a invitat să trec, împreună cu fiul meu, pe la garajul lui din East Dedham. Walker avea pe-atunci patru ani și era fascinat de tot ceea ce însemna mașinărie. Așa că, în prima sâmbătă când nu eram de gardă, ne-am dus. De îndată ce-am intrat pe terenul cu pietriș, Walker s-a arătat teribil de încântat. Garajul era întunecos, ca un hambar, avea o ușă dublă și pereți metalici, vopsiți în galben. Era o dimineață de primăvară neobișnuit de călduroasă, dar înăuntru era răcoare. Pașii noștri răsunau pe podeaua de beton. Vince și un coleg de-al lui, antreprenor de utilaj greu, pe care-l voi numi în continuare Danny, erau așezați pe două scaune pliante de metal, într-un petic de soare, și pufăiau în tihnă din câte-un trabuc din Honduras, bucurându-se de acea zi frumoasă. S-au ridicat amândoi să ne salute. Vince m-a prezentat ca „unul dintre doctorii care m-au operat la stomac”, iar eu, la rându-mi, le-am făcut cunoștință cu Walker, care a dat mâna cu toată lumea, dar n-avea ochi decât pentru camioanele mari din jur. Vince l-a suit pe scaunul șoferului, într-un încărcător aflat într-un colț al garajului, și l-a lăsat să se joace cu maneta schimbătorului de viteze și cu butoanele de comandă. Ne-am apropiat apoi de Gradall, camionul atât de îndrăgit de Vince – lat aproape cât o șosea, avea pictată o emblemă galbenă, roțile erau învelite în cauciucuri negre, lucioase, ce-mi ajungeau până la piept, iar părțile laterale erau inscripționate cu numele companiei lui Vince. Pe șasiu, aflat la o distanță de circa un metru și optzeci de centimetri de la nivelul solului, erau amplasate o cabină cu pereți de sticlă și un braț telescopic de macara fixat pe un suport pivotant ce permitea o rotație completă de trei sute șaizeci de grade. A ridicat cabina, iar Walker a stat o vreme la mare înălțime, privindu-ne de sus în timp

ce nu mai prididea trăgând de manete, apăsând pe pedale, puțin amețit și speriat în același timp.

L-am întrebat pe Vince cum îi mergea afacerea. Nu prea bine, mi-a răspuns. Cu excepția câtorva angajamente pentru colectarea zăpezii din oraș, pe care le avusese spre sfârșitul iernii, nu mai realizase niciun venit din luna august a anului trecut. Fusese nevoit să-și vândă două dintre cele trei camionete, camionul Mack, precum și cea mai mare parte a utilajelor pentru construcția de drumuri. I-a sărit în ajutor Danny, motivând: „N-a fost în activitate atâta vreme.” „Și, vedeți, abia intram în sezonul de vara, iar afacerea noastră e sezonieră.” Știam însă cu toții că nu asta era problema.

Vince îmi spusese că avea acum cam o sută șaizeci de kilograme – cu circa cincisprezece kilograme mai puțin decât ultima dată când îl văzusem. Era foarte mândru de performanța lui. „Nu mănâncă”, a intervenit Danny. „De fapt, abia mănâncă jumătate din ce mănânc eu.” Cu toate acestea, Vince tot nu era în stare să urce în cabina Gradall-ului său și să-l manevreze. Și începuse să se întrebe dacă situația actuală avea să se mai schimbe vreodată. Ritmul în care pierdea din greutate era mai lent acum și constatase că putea ingurgita o cantitate de alimente mai mare. Înainte, cu chiu cu vai reușea să ia câteva înghițituri dintr-un burger, în timp ce la ora actuală putea să termine cam jumătate din el. Și tot se trezea că mânca mai mult decât ar fi putut. „Săptămâna trecută am avut ceva de lucru împreună cu Danny și cu celălalt coleg”, își aducea aminte Vince. „Am cumpărat niște mâncare chinezească. Sunt zile-n șir când nu mănânc ce trebuie – mă străduiesc să fac tot ce pot; atunci însă am depășit puțin măsura. A trebuit să-l aduc pe Danny înapoi, la Boston College, dar abia ieșisem din parcare, că n-am mai rezistat. Era musai să vomit.”

„Îmi dau seama că mă întorc de unde-am plecat, că simt din nou nevoia permanentă să mănânc ceva”, a continuat Vince. Intestinul nu-i permitea nici acum să mănânce cât ar fi vrut, dar tot era îngrijorat. Dacă, totuși, într-o bună zi, n-o să mai aibă asemenea opreliști? A auzit că, la unii oameni care au făcut aceeași operație ca și el, fie s-a desfăcut sutura, ceea ce a determinat revenirea stomacului la dimensiunile lui inițiale, fie au reușit, în diverse feluri,

să pună la loc kilogramele pierdute.

Am încercat să-l liniștesc. I-am spus și eu ceea ce știam că aflase deja de la dr. Randall, cu ocazia unui control recent: că este de așteptat o ușoară creștere a capacității stomacale și că, de aceea, problemele cu care se confrunta erau cât se poate de firești. Dar exista oare riscul ca lucrurile să se agraveze? Nu știam ce să zic.

Am stat de vorbă cu numeroși pacienți care au suferit o intervenție chirurgicală de bypass gastric, dar experiența trăită de unul dintre ei este și-acum un semnal de alarmă și un mister pentru mine. Avea patruzeci și doi de ani, era însurat și locuia împreună cu cele două fiice, ambele necăsătorite, fiecare cu câte un copil. Fusese șeful rețelei de calculatoare a unei mari companii locale. La vârsta de treizeci și opt de ani a fost nevoit să solicite pensionarea pentru invaliditate, fiindcă greutatea lui corporală – ce atinsese, în perioada liceului, peste o sută cincizeci de kilograme – ajunsese să depășească două sute douăzeci și cinci de kilograme, provocându-i dureri de spate insuportabile. Rămânea deseori imobilizat la domiciliu. Nu era capabil să meargă pe jos nici până la jumătatea blocului în care locuia. Nu putea să stea în picioare decât pentru perioade de timp foarte scurte. Începuse să iasă din casă doar o dată pe săptămână, ceea ce se întâmpla, de obicei, doar în situațiile în care trebuia să ajungă la doctor. În decembrie 1998 a fost supus unei operații de bypass gastric. Până în luna iunie a anului următor pierduse cincizeci de kilograme.

Apoi, după cum relata el însuși, „Am început iarăși să mănânc.” Pizza. Cutii întregi de fursecuri. Pungi mari cu gogoși. Îi era greu să spună exact cum anume ajunsese într-o asemenea situație. Stomacul lui era la fel de mic ca după operație și nu putea stoca decât cantități infime de alimente, avea aceleași stări severe de vomă și dureri cu care se confruntă toți pacienții cu bypass gastric ori de câte ori mănâncă dulciuri sau alimente greu de digerat. Cu toate acestea, avea o poftă de mâncare fără precedent. „Mâncam și când aveam dureri – nu mă opream nici când eram pe punctul de-a voma”, mi-a spus. „Eliminând tot ce aveam în stomac, tocmai bine, se făcea loc. Mâncam pe tot parcursul zilei.” Înghițea câte ceva din

oră-n oră. „Abia închideam ușa la dormitor, că începeau să țipe copiii. Așa plâng copiii. Soția mea era la serviciu. Iar eu mâneam.” A ajuns din nou la greutatea pe care o avusese în momentul efectuării operației. Și numărul de kilograme creștea în continuare. Intervenția chirurgicală eșuase. Iar viața lui era complet subjugată apetitului.

Pacientul în cauză face parte din categoria celor 5-20% de persoane – în statisticile publicate până în prezent nu există un consens în privința cuantumului exact de asemenea cazuri – care pun la loc kilogramele pierdute în ciuda tratamentului de bypass gastric. (Când am vorbit cu el, tocmai apelase la o nouă intervenție chirurgicală de același tip, dar mai drastică, fiindcă spera din tot sufletul să găsească o terapie care să dea, până la urmă, rezultatele dorite.) Cei care înregistrează eșec după eșec în astfel de privințe încep să conștientizeze gravitatea situației cu care se confruntă. O operație menită să transforme mâncatul în exces într-un act foarte dificil și neplăcut – care, pentru 80% dintre pacienți, reușește să înfrângă forța apetitului – riscă, uneori, să eșueze. Până la urmă, probabil că studiile viitoare vor ajunge să identifice măcar un singur factor de risc semnificativ pentru astfel de situații nedorite, care s-ar putea ivi, aparent, în cazul oricui.

L-am revăzut pe Vincent Caselli după mai multe luni. Venise iarna și i-am dat un telefon ca să văd ce mai face. Mi-a spus că era bine și n-am insistat să aflu detalii. Când mi-am exprimat dorința de-a ne reîntâlni însă, mi-a zis că s-ar bucura să mergem împreună la un meci al lui Boston Bruins. L-am ascultat cu atenție. Poate chiar se simțea bine.

Câteva zile mai târziu a venit să mă ia de la spital. Era la volanul camionetei lui cu șase roți. Pentru prima dată de când îl știu, părea de-a dreptul mic în acel Dodge Ram uriaș. Ajunsese la o greutate corporală de o sută cincizeci de kilograme. „Încă nu arăt ca Gregory Peck”, mi-a zis, dar făcea parte acum din categoria oamenilor obișnuiți – a celor ușor plinuți. Pliurile de sub bărbie dispăruseră. Fața lui avea un contur bine definit. Și, după aproape un an și jumătate de la operație, continua să piardă în greutate. La Fleetcenter, unde juca echipa lui favorită, Bruins, a urcat scara fără

să mai gâfâie. Ne luaserăm biletele de la poartă – jucătorii de la Bruins îi aveau ca adversari pe cei de la Pittsburg Penguins –, așa că am folosit intrarea prevăzută cu bare rabatabile. După câțiva pași, s-a oprit brusc. „Ia te uită”, a exclamat. „Am trecut fără nicio problemă. Înainte n-aș fi reușit, orice-aș fi făcut.” Nu mai participase la un astfel de eveniment sportiv de foarte mulți ani.

Ne-am așezat la o distanță de circa douăzeci și patru de rânduri mai sus de nivelul terenului de joc. Era bucuros să constate cât de în largul lui se simțea. Scaunele aveau dimensiunile celor dintr-un compartiment de tren de clasa a doua, dar lui Vince i se păreau comode. (Mie mi-era mai greu să-mi găsesc o poziție confortabilă, fiindcă aveam picioarele prea lungi.) Vince era aici în elementul lui. Fusese toată viața un fan al jocului de hockey, așa că putea să-mi ofere toate detaliile: golgheterul echipei Penguins, Garth Snow, era de prin partea locului, mai precis, din Wrentham, și prieten cu vărul lui Vince; Joe Thornton și Jason Allison erau cei mai valoroși înaintași ai lui Bruins, însă niciunul dintre ei nu se putea compara cu Mario Lemieux de la Penguins. În tribune erau prezenți vreo douăzeci de mii de spectatori, dar în mai puțin de zece minute, Vince a și întâlnit un prieten de la frizerie, care stătea la o distanță de numai câteva rânduri de noi.

Meciul a fost câștigat de Bruins, așa că am plecat binedispuși. Am luat apoi cina la un local situat în apropiere de spitalul meu. Vince mi-a spus că, în sfârșit, își relansase afacerea și lucrurile mergeau bine. Putea să-și conducă singur Gradall-ul, fără niciun fel de probleme, iar de trei luni încoace avusese de lucru permanent. Se gândea chiar să mai cumpere un nou model. Acasă, se mutase iarăși la etaj. Fusese cu Teresa într-o scurtă vacanță, în Adirondacks[{25}]; ieșeau seara în oraș și își vizitau nepoții.

L-am întrebat ce anume se schimbase între timp, de când nu ne mai văzuserăm. N-a putut să-mi răspundă foarte exact, dar mi-a dat un exemplu. „Îmi plăceau fursecurile italienești, îmi plac și-acum”, mi-a spus. Cu un an în urmă ar fi mâncat până în momentul când ar fi simțit că-i vine să vomite. „Acum însă, nu știu, mi se par prea… dulci. Mănânc unul, dar după o înghițitură sau două, pur și simplu, nu mai am chef.” La fel se întâmplase și cu pastele, cărora nu le

putuse rezista niciodată. „Acum pot să gust doar, și-mi ajunge.”

Se părea că, într-o oarecare măsură, i se schimbaseră preferințele culinare. Mi-a arătat în meniu chipsurile tortilla Nacho, sau puii de baltă, ori hamburgerii și mi-a spus că, spre surprinderea lui, nu mai simțea nevoia să guste din niciunul. „Cred că încep să mă axez pe proteine și legume”, a zis și a comandat o salată Caesar cu pui. Nu simțea nici nevoia să mai mănânce până la saturație. „Odinioară respingeam categoric ideea de-a lăsa ceva în farfurie”, mi-a spus. „Acum e, pur și simplu, altfel.” Dar când s-a întâmplat asta? Și cum anume? A dat din cap, în semn că nu știa: „Aș fi vrut să-ți pot oferi niște informații clare, precise.” A făcut o pauză, ca să mai cugete asupra subiectului. „Dacă ești om, te adaptezi la condiții. Te gândești că nu poți. Dar poți.”

La ora actuală, motivele de îngrijorare cu privire la problema obezității sunt generate nu de eșecul abordărilor ei chirurgicale, ci de succesul acestora. Multă vreme, chirurgia obezității a fost socotită un intrus în cercurile chirurgilor respectabili. Chirurgii bariatrici – așa se numesc specialiștii în chirurgia obezității – au avut de înfruntat, pe de-o parte, frecventele manifestări de scepticism cu privire la performanțele pe care le-ar putea înregistra un demers terapeutic așa de radical ca acela propus de ei, într-un domeniu în care atâtea alte variante de tratament eșuaseră, iar pe de altă parte, chiar opoziția fățișă față de ideea includerii, în programul conferințelor de resort importante, a unor prezentări ale rezultatelor obținute de ei. Simțeau mereu disprețul pe care-l afișau colegii de breaslă atât față de pacienții lor (care erau considerați indivizi cu probleme de ordin emoțional și, uneori, moral), cât și, adesea, chiar față de ei.

În prezent, situația s-a schimbat. American College of Surgeons (Colegiul American al Chirurgilor) a recunoscut statutul chirurgiei bariatrice, pe care a acceptat-o ca specialitate medicală de sine stătătoare. National Institutes of Health (Institutele Naționale ale Sănătății) au elaborat o declarație de consens ce atestă faptul că tratamentul chirurgical de bypass gastric este singura terapie eficientă pentru obezitatea morbidă, capabilă să determine atât pierderea în greutate pe termen lung, cât și ameliorarea stării de

sănătate. Și majoritatea companiilor de asigurări au convenit asupra necesității acoperirii costurilor implicate de respectiva procedură.

Medicii și-au schimbat și ei atitudinea față de noua abordare terapeutică. În loc s-o mai denigreze, au început să le-o recomande călduros pacienților supraponderali cu probleme grave, uneori chiar implorându-i să efectueze operația de bypass gastric. Iar numărul unor astfel de cazuri nu este deloc neglijabil. În SUA, peste cinci milioane de adulți întrunesc criteriile stricte de încadrare a lor în categoria persoanelor cu obezitate morbidă. („Indicele de masă corporală" – adică raportul dintre greutatea corporală, exprimată în kilograme, și pătratul valorii înălțimii, exprimată în metri – este, în cazul lor, de la patruzeci în sus, ceea ce, pentru un om obișnuit, se traduce printr-un exces ponderal de cel puțin cincizeci de kilograme.) Alte zece milioane de persoane au o greutate corporală imediat sub limita menționată, dar au și ele probleme de sănătate generate de obezitate care sunt suficient de grave ca să impună tratamentul chirurgical. La ora actuală, numărul anual al candidaților la terapia chirurgicală a obezității fi egalează pe cel al pacienților care au nevoie de un bypass cardiac. Procedura este solicitată de atât de mulți pacienți, încât specialiștii nu pot ține pasul cu ritmul solicitărilor. American Society of Bariatric Surgery (Societatea Americană a Chirurgilor Bariatrici) are, la scară națională, doar cinci sute de membri – chirurgi specializați în bypass gastric, ai căror pacienți așteaptă cu lunile să le vină rândul, în ordinea înscrierii pe lungile liste ale doctorilor. De aici, bine-cunoscutele neplăceri asociate cu noile tehnici chirurgicale, atât de profitabile (costul unei asemenea operații poate să ajungă la douăzeci de mii de dolari): printre nou-veniții în branșă – din ce în ce mai mulți – sunt și medici care fie au un nivel corespunzător de pregătire, dar n-au acumulat experiența necesară pentru a stăpâni toate secretele procedurii operatorii, fie nu sunt deloc specializați în domeniul respectiv. Complicând și mai mult lucrurile, fiecare chirurg în parte introduce în protocolul standard o mulțime de variații, ale căror efecte n-au fost încă studiate în detaliu – „switch duodenal", bypass jejuno-ileal, bypass laparoscopic. Iar mai mulți chirurgi vizează abordarea unor noi segmente populaționale, cum

sunt, de pildă, cele ale adolescenților și ale oamenilor care nu prezintă decât o formă moderată de obezitate.

Poate că aspectul cel mai îngrijorător al fenomenului de creștere vertiginoasă a popularității procedurilor chirurgicale de bypass gastric îl constituie, pur și simplu, contextul social care l-a generat. În cultura noastră supraponderalitatea este percepută ca un echivalent al eșecului, iar perspectivele obținerii-rapide-a-unei-siluete-de-vis – indiferent de riscurile implicate – pot exercita o atracție irezistibilă. Poate că medicii recomandă operația din grijă pentru sănătatea pacienților, însă este evident faptul că motivul principal care-i îndeamnă pe oameni să apeleze la tratamentul chirurgical îl constituie stigmatul obezității. „Cum poți accepta să arăți așa?" este adesea reacția dezaprobatoare a societății – de cele mai multe ori, nu este exprimată verbal, dar câteodată se întâmplă să fie. (Caselli mi-a povestit cum îl opreau străinii pe stradă, punându-i exact o astfel de întrebare.) Femeile sunt afectate într-o măsură și mai mare decât bărbații de atitudinea șfichiuitoare a societății, așa că nu este o pură întâmplare faptul că numărul celor care s-au operat îl depășește de șapte ori pe cel al bărbaților – în condițiile în care probabilitatea apariției obezității la femei reprezintă doar a opta parte din cea estimată în rândul bărbaților.

Într-adevăr, dacă întrunești criteriile care te înscriu pe lista candidaților la un astfel de tratament și hotărăști că nu vrei să te operezi, o asemenea decizie riscă să fie considerată lipsită de rațiune. O femeie cu o greutate corporală de o sută șaptezeci și cinci de kilograme, care nu a acceptat ideea intervenției chirurgicale, mi-a spus că doctorii au început s-o terorizeze când au auzit ce decizie luase. Și am mai aflat de cel puțin un pacient care suferea de o afecțiune cardiacă și pe care medicul a refuzat să-l trateze, condiționându-l să efectueze, mai întâi, un bypass gastric. Unii doctori le spun pacienților fără menajamente: „Dacă nu te operezi, o să mori." Când, de fapt, nimeni nu știe care este realitatea. În ciuda succeselor uimitoare ale tratamentului chirurgical, atât în ceea ce privește greutatea corporală, cât și starea de sănătate a persoanelor respective, studiile nu au demonstrat încă o corelație între eficiența terapeutică și reducerea mortalității.

Sunt perfect justificate temerile legate de efectuarea unei astfel de proceduri. Paul Emsberger, cercetător în domeniul obezității la Case Western Reserve University, m-a atenționat asupra faptului că mulți dintre pacienții supuși bypassului gastric fac parte din categoria tinerilor cu vârste cuprinse între douăzeci și treizeci de ani. „Dar operația va fi oare la fel de eficientă și de utilă și în cazul indivizilor din grupa de vârstă a celor de peste patruzeci de ani?" se întreba el. „Nimeni nu știe." Îl îngrijorau posibilele efecte pe termen lung ale deficiențelor nutriționale (motiv pentru care pacienților li se recomandă să ia zilnic multivitamine), ca și perspectiva creșterii riscului de cancer intestinal, așa cum indicau rezultatele experimentelor efectuate pe șoareci de laborator.

Ne dorim ca progresele obținute în sfera medicinii să fie clare și lipsite de echivoc, ceea ce, desigur, se întâmplă doar arareori. Fiecare nou tratament are propriile sale necunoscute – atât pentru pacienți, cât și pentru societate – și luarea unei decizii adecvate se dovedește a fi adesea foarte dificilă. Poate se va demonstra că obezitatea răspunde și la un tratament chirurgical mai puțin radical. Poate că se va descoperi atât de îndelung căutata pilulă pentru inducerea stării de sațietate. Cert este că, în acest moment, avem la dispoziție o procedură care dă rezultate, iar aceea este bypassul gastric. N-au fost găsite răspunsurile la toate întrebările pe care le ridică o asemenea abordare, dar implicațiile ei au fost temeinic analizate în cadrul unui lung șir de studii, realizate pe parcursul a peste zece ani. Așa că mergem înainte cu pași siguri. Spitalele de pretutindeni își înființează centre de chirurgie bariatrică, comandă mese de operație speciale pentru pacienții supraponderali, organizează programe de pregătire a chirurgilor și a personalului sanitar în vederea tratamentului obezității. În același timp, toată lumea speră că, într-o bună zi, va fi descoperită o formulă nouă, mai bună, care va arăta că tehnica utilizată de noi în prezent este depășită.

În fața mea, la masă, Vince Caselli și-a împins deoparte castronul cu salată Caesar cu pui, din care mâncase doar jumătate. „Nu-mi mai place", mi-a zis, iar glasul lui exprima bucurie și recunoștință. Nu regreta că făcuse operația. Mi-a spus că îi redase viața. Dar după

un nou rând de băuturi și pe măsură ce trecea timpul, se vedea că Vince nu se simțea deloc în largul lui.

„Am avut o problemă gravă și a trebuit să iau măsuri serioase”, mi-a spus. „Cred că am avut parte de cea mai bună tehnologie existentă în acest moment. Dar recunosc că mi-e teamă. Oare efectul operației o să dureze toată viața? Oare într-o zi o să mă-ntorc de unde-am pornit – sau mai rău?” A rămas pe gânduri o vreme, cu ochii ațintiți spre paharul din fața sa. Și-a ridicat apoi privirea spre mine, fără nici cea mai mică urmă de îngrijorare. „Ei, astea sunt cărțile pe care mi le-a hărăzit Dumnezeu. Nu pot să-mi fac griji pentru chestiuni pe care nu le pot controla.”

Partea a III-a

INCERTITUDINI

Incizia finală

Ți-a murit pacientul; s-a adunat întreaga familie. Și tot ce mai aveți de făcut este să aduceți în discuție problema autopsiei. Cum ar trebui să procedați? Ați putea să arborați un ton degajat, de parcă ar fi vorba despre cel mai firesc lucru din lume: „Ei, atunci facem o autopsie?" Sau puteți adopta atitudinea fermă și vocea sergentului Joe Friday[{26}]: „Dacă nu aveți obiecții serioase, vom fi obligați să efectuăm o autopsie, doamnă." Sau puteți să vă eschivați: „Îmi pare rău, dar mi se cere să vă întreb: Doriți să se facă o autopsie?"

În zilele noastre nu poți să fii evaziv într-o astfel de privință. Odată am avut în îngrijire o pacientă de optzeci și ceva de ani care renunțase la carnetul ei auto, dar ironia sorții a făcut să fie lovită de o mașină – condusă de o persoană și mai în vârstă – în timp ce se îndrepta spre stația de autobuz. Accidentul se soldase cu fractură craniană și hemoragie cerebrală; a fost operată, dar a murit câteva zile mai târziu. Așadar, în acea după-amiază de primăvară, după ce pacienta și-a dat ultima suflare, am rămas în picioare lângă patul ei și mi-am plecat capul, alături de familia înlăcrimată. Am spus apoi, pe tonul cel mai delicat posibil, fără să pronunț terifiantul cuvânt: „Am dori să efectuăm un examen, pentru confirmarea cauzei decesului, dacă nu aveți nimic împotrivă."

„O *autopsie*?" a întrebat, îngrozit, un nepot. M-a privit de parcă aș fi fost o pasăre de pradă rotindu-se deasupra corpului neînsuflețit al mătușii lui. „Nu-i de-ajuns cât a suferit până acum?"

În prezent, autopsia are un statut destul de precar. Cu o generație în urmă era o procedură de rutină; acum, a devenit o raritate. Oamenii n-au acceptat niciodată fără rezerve ideea ca, după moarte, trupul să le fie disecat. Și nici chirurgii nu sunt străini de sentimentul violării.

Am asistat, nu demult, la disecția cadavrului unei femei pe care o avusesem în tratament și care decedase, la vârsta de treizeci și opt

de ani, în urma unei istovitoare bătălii cu boala de inimă. Sala de disecții era situată la subsol, dincolo de spălătorie și de un spațiu de depozitare, în spatele unei uși din metal pe care nu era scris nimic. Era înaltă, cu pereții scorojiți, iar podeaua, acoperită cu gresie maronie, cobora în pantă către o scurgere centrală. Spațiul de lucru avea montat un arzător Bunsen și un cântar de modă veche, de tipul celor folosite în băcănii – cu scală rotundă, ca un cadran de ceas, ac indicator roșu în formă de săgeată și prevăzut dedesubt cu o platformă rotundă pentru cântărirea organelor. Pe rafturile amplasate pe toți pereții încăperii erau așezate recipiente de tip Tupperware care conțineau porțiuni de creier, intestin sau alte organe stocate în formol. Tot acel loc avea un aer rudimentar, ponosit, chiar ieșit din uz. Pe o masă metalică mobilă cam șubredă, situată într-un colț al sălii, era expus trupul dezgolit al pacientei mele. Echipa de cadre medicale care se ocupa de autopsie tocmai își începuse activitatea.

Procedurile utilizate în chirurgie creează uneori un sentiment de repulsie, dar disecțiile sunt într-o oarecare măsură și mai respingătoare. Până și în cele mai șocante operații – grefe de piele, amputarea unor membre – specialiștii păstrează o notă de delicatețe și de rafinament față de propria lor activitate. Știm că în trupurile pe care le tăiem pulsează viața unor oameni care se vor trezi din nou. Dar în sala de disecții, unde persoana ce însuflețea corpul din fața ta nu mai există, dispare acea delicatețe firească a actului operator, iar diferența dintre cele două abordări transpare în cele mai mici detalii. Mă refer, de pildă, la simpla manevră de transferare a unui trup de pe targa mobilă pe masă. În sala de operație aplicăm o procedură minuțioasă pentru manipularea unui pacient aflat în stare de inconștiență, mișcările implicate de mutarea lui de pe targa mobilă pe masa de operație fiind foarte blânde. Nu vrem să se-aleagă nici măcar cu o vânătaie cât de mică. Aici, la subsol, în schimb, cineva a înșfăcat brațul pacientei mele, altcineva a apucat-o de un picior și-au tras, pur și simplu. Când pielea s-a desfăcut pe suprafața de oțel a mesei, a trebuit să aplice, cu furtunul, un jet de lichid, ca să poată manevra mai ușor ceea ce mai rămăsese de disecat.

Tânăra doctoriță anatomopatolog desemnată să se ocupe de caz stătea pe margine și și-a lăsat asistenta să ia bisturiul. Ca mulți alții dintre colegii ei de breaslă, nu autopsiile o atrăseseră spre acest domeniu, ci specificul activității de cercetare ce avea ca obiect de studiu țesuturile umane ale pacienților în viață. A fost bucuroasă să-și lase asistenta să se ocupe de disecție, fiindcă oricum aceasta avea mai multă experiență decât ea.

Asistenta era o femeie înaltă, suplă, în vârstă de vreo treizeci de ani, cu un păr drept, șaten deschis. Purta echipamentul de protecție compus din mască pentru față și gât, mănuși și halat de plastic albastru. Îndată ce cadavrul a fost pus pe masă, i-a amplasat în regiunea dintre omoplați un suport metalic de circa 15 cm, ca să mențină capul pe spate și toracele arcuit în sus. A luat apoi în mână un bisturiu cu o lamă mare, nr. 6, și a efectuat o incizie uriașă, în formă de Y, care cobora în diagonală, dinspre ambii umeri, curbându-se ușor în zona sânilor, înainte de-a atinge linia mediană a corpului, și continuându-și traseul descendent de-a lungul abdomenului, spre pubis.

Pentru chirurgi, deschiderea corpului omenesc devine o obișnuință. E ușor să te detașezi de persoana aflată pe masă și să te concentrezi exclusiv asupra detaliilor tehnice și anatomice. Cu toate acestea, privind-o pe asistentă lucrând, n-am putut să-mi rețin o tresărire: ținea bisturiul ca pe un stilou, care o determina să taie încet și neglijent cu vârful lamei. Chirurgii sunt învățați ca atunci când fac o incizie să stea în poziție verticală, paralel cu direcția de tăiere, să țină bisturiul între degetul mare și celelalte patru degete, aidoma arcușului unei viori, și să pătrundă în piele cu partea curbată a lamei, printr-o singură tăietură transversală, continuă, exact până la nivelul dorit. Asistenta părea că-și croiește drumul cu fierăstrăul prin corpul pacientei mele.

Din acel moment, eviscerarea decurge foarte rapid. Asistenta a retractat segmentele de piele desfăcute. Cu ajutorul unui fierăstrău electric a practicat o tăietură verticală, de-o parte și de alta a coastelor. A ridicat apoi cutia toracică, de parcă ar fi fost capota unei mașini, a deschis cavitatea abdominală și a scos toate organele importante – inima, plămânii, ficatul, intestinele și rinichii. A urmat

secționarea craniului și extragerea creierului. În tot acest răstimp, doctorița anatomopatolog stătea la o masă din fundul sălii, unde cântărea și examina toate componentele prelevate, după care pregătea din fiecare probe ce urmau a fi supuse testelor microscopice și altor tipuri de analize minuțioase.

Corpul pacientei nu lăsa câtuși de puțin impresia că ar fi fost răvășit de atâtea proceduri traumatizante. Urmând protocolul obișnuit, asistenta a menținut incizia cutiei craniene în spatele urechilor femeii, unde era complet ascunsă sub păr. Avusese grijă, de asemenea, să-i închidă perfect toracele și abdomenul, suturând strâns marginile inciziei. Pacienta mea arăta aproape la fel ca înainte, doar că acum, partea mediană a corpului era ușor căzută. (Conform prevederilor standard agreate, spitalului îi este permis să-și păstreze organele prelevate prin disecție pentru testare și cercetare. În Marea Britanie, o asemenea practică, atât de frecvent și de îndelungat utilizată, a provocat controverse puternice – mass-media a numit-o chiar „furt de organe”; în America însă, ea continuă să fie acceptată aproape în unanimitate.) De altfel, majoritatea familiilor organizează și în prezent, după autopsie, funeralii în cadrul cărora capacul coșciugului este deschis. Cei care se ocupă de îmbălsămare utilizează materiale care, odată injectate în corpul persoanei decedate, îi redau forma inițială cu o precizie atât de mare, încât, dacă nu știi, nu ai cum să bănuiești că a fost supus unei autopsii.

Cu toate acestea, când sosește timpul să ceri acordul familiei cu privire la prelevarea organelor, gândul la o atare perspectivă devine foarte apăsător în mintea oricui, iar medicul nu face nici el excepție. Te străduiești din răsputeri să adopți o atitudine rece, detașată față de asemenea chestiuni. Dar îndoielile își croiesc nestingherite drumul.

Unul dintre primii pacienți în cazul căruia se presupunea că voi solicita efectuarea unei autopsii era un medic pensionar din New England, în vârstă de șaptezeci și cinci de ani, care a murit, în prezența mea, într-o noapte de iarnă. Herodotus Sykes (numele nu este cel adevărat, dar rezonanța lui nu diferă radical de cea reală)

fusese zorit să apeleze la îngrijirile spitalicești de un anevrism aortic abdominal infectat, care se rupsese și impusese practicarea unei intervenții chirurgicale de urgență. A supraviețuit operației și începuse să se recupereze treptat, până când, optsprezece zile mai târziu, a prezentat o scădere alarmantă a tensiunii arteriale, iar abdomenul i-a fost invadat de sângele care se scurgea dintr-un tub de drenaj. „Mai mult ca sigur că a cedat sutura”, a spus chirurgul. Foarte probabil, infecția reziduală a slăbit sutura. L-am fi putut opera din nou, dar șansele de supraviețuire erau minime, iar medicul care efectuase intervenția era de părere că nici pacientul n-ar mai fi fost dispus să se supună unei a doua încercări.

A avut dreptate. „Nu mai vreau altă operație”, mi-a zis Sykes. Suferise destul. I-am telefonat doamnei Sykes, care stătea cu o prietenă și dat fiind faptul că locuința acesteia se afla la o distanță de circa două ore de spital, a și pornit la drum.

Era aproape miezul nopții. Am rămas lângă el tot timpul – stătea întins, tăcut, sângerând, cu brațele vlăguite pe lângă trup, dar fără urmă de teamă în priviri. Mi-o imaginam pe soția lui, zdrobită de durere, pierdută, șofând pe una din cele șase benzi, aproape necirculate la acea oră din noapte, ale autostrăzii Mass Pike, ce părea că nu se mai sfârșește.

Sykes rezista, iar la 2:15 a.m. i-a sosit soția. I-a pierit sângele din obraji când a dat cu ochii de el, dar și-a ținut cumpătul. I-a strâns ușor mâna, iar el i-a răspuns cu același gest blând. I-am lăsat singuri.

Am fost chemat de asistentă la două și patruzeci și cinci de minute. Am făcut o evaluare cu ajutorul stetoscopului, apoi m-am întors spre doamna Sykes și am înștiințat-o că soțul ei murise. Avea, ca și el, acea autocenzură tipic nord-americană; a izbucnit însă într-un plâns tăcut, înăbușindu-și suspinele cu palmele… părea, dintr-odată, atât de fragilă și de măruntă. A apărut curând și prietena care o însoțise – a luat-o de braț și a condus-o afară.

Uzanțele profesionale ne impun să solicităm autopsia fiecărui pacient decedat, ca o modalitate de confirmare a cauzei morții și de detectare a greșelilor pe care le-am comis. Iar acum venise și pentru mine momentul să adresez o astfel de întrebare – soției

deznădăjduite, care nu-și revenise din șoc. Dar în cazul de față, desigur, am început să mă gândesc, autopsia ar fi complet lipsită de sens. Știam ce se întâmplase – o infecție persistentă, o ruptură de anevrism. Aveam certitudinea că așa stătuseră lucrurile. Ce s-ar fi rezolvat dacă am fi ciopârțit omul?

Așa că am lăsat-o pe doamna Sykes să plece. Aș fi putut s-o ajung din urmă în timp ce se îndrepta spre ieșire. Sau chiar să-i fi telefonat mai târziu. N-am făcut-o însă niciodată.

Se pare că majoritatea medicilor gândesc așa. În ultimii ani sunt solicitate atât de puține autopsii, încât publicația de profil *Journal of the American Medical Association* (*JAMA*) a simțit nevoia, în două rânduri, să declare „război non-autopsiei". Conform celor mai recente statistici disponibile, procedura respectivă a fost efectuată în mai puțin de 10% din numărul total al cazurilor de deces; multe spitale nu o mai practică deloc. Situația reflectă o schimbare radicală de optică, în secolul XX, doctorii obișnuiau să solicite efectuarea autopsiei în majoritatea cazurilor de deces – și s-a ajuns aici abia după multe sute de ani. Așa cum relatează Kenneth Iserson în fascinantul său almanah, *Death to Dust,* medicii fac autopsii de peste două milenii. Practicarea lor de-a lungul istoriei a fost însă sporadică, fiind dictată de lege, în general (dacă și numai dacă era permisă de religie – cea islamică, cea șintoistă și Biserica Ortodoxă greacă o dezaprobă și în prezent). Doctorul roman Antistius a realizat, în anul 44 î. Cr., în vremea domniei lui Iulius Caesar, unul dintre cele dintâi examene medico-legale consemnate de istorie, ce descria douăzeci și trei de plăgi, dintre care una fatală, la nivelul toracelui, provocată prin înjunghiere. În anul 1410, Biserica Catolică însăși a solicitat autopsia Papei Alexandru al V-lea, pentru a stabili dacă fusese sau nu otrăvit de succesorul său. Nu a fost găsită nicio probă incriminatoare.

Totuși, prima autopsie executată în Lumea Nouă a avut rațiuni religioase. Ea s-a efectuat în 19 iulie 1533 pe insula Española (azi Republica Dominicană), asupra unui cuplu de siamezi uniți la nivelul toracelui, pentru a afla dacă aveau un suflet sau două. Gemenii se născuseră vii, iar preotul îi botezase ca pe două suflete

separate. A urmat însă o dispută privitoare la dreptul său de a proceda astfel, iar când „dublul monstru” a murit la vârsta de opt zile, s-a poruncit executarea unei autopsii pentru tranșarea disputei. Chirurgul, un anume Johan Camacho, a găsit două seturi de organe interne aparent complete, așa că s-a hotărât că fuseseră două suflete.

Nici chiar în secolul al XIX-lea însă, când constrângerile bisericii slăbiseră de mult în intensitate, occidentalii nu le permiteau decât rareori doctorilor să efectueze autopsia vreunuia dintre membrii familiei lor în scopuri medicale. În consecință, procedura avea, de cele mai multe ori, un caracter clandestin. Unii doctori devansau cursul legal și efectuau autopsia pacienților decedați în spital îndată după deces, înainte de sosirea rudelor, care ar fi putut avea obiecții. Alții așteptau până după înmormântare, când jefuiau mormintele, fie personal, fie cu ajutorul unor complici, o asemenea practică fiind întâlnită chiar și în secolul XX. Pentru a stăvili fenomenul, unele familii angajau, pe timpul nopții, paznici care să vegheze la poarta cimitirului – de atunci s-a încetățenit termenul „tură de noapte”. Alții puneau pietre mari și grele pe coșciuge. În anul 1878, o companie din Columbus, Ohio, s-a gândit chiar să vândă „coșciuge torpilă”, echipate cu bombe artizanale prevăzute a exploda dacă erau profanate. Cu toate acestea, doctorii nu s-au descurajat. *Devil’s Dictionary (Dicționarul Diavolului),* realizat de Ambrose Bierce și publicat în 1906, definea termenul „mormânt” prin „loc în care sunt așezați morții ca să aștepte sosirea studentului la medicină”.

În perioada cuprinsă între anii 1890 și 1910 însă, mai mulți medici de vază, precum Rudolf Virchow din Berlin, Karl Rokitansky din Viena și William Osler din Baltimore, au început să câștige sprijinul publicului în ceea ce privește practicarea autopsiei. Pentru a-și pleda cauza, ei au arătat că procedura era un instrument al progresului, a cărui utilizare permitea identificarea cauzei apariției tuberculozei, indica abordarea terapeutică a apendicitei și stabilea existența bolii Alzheimer. Ei au mai susținut faptul că autopsiile preveneau riscul producerii unor erori – că, în lipsa lor, medicii nu aveau cum să știe dacă diagnosticul pus de ei fusese sau nu incorect. Pe atunci, majoritatea deceselor erau învăluite în mister, și poate că argumentul cel mai convingător în favoarea practicării lor îl

constituia ideea că autopsia putea oferi niște răspunsuri membrilor familiei – lămurind, astfel, finalul poveștii trăite de persoana dragă, dispărută dintre ei. Din momentul în care disecțiile practicate în spital au început să garanteze respectarea demnității umane, publicul și-a schimbat opinia. Cu timpul, doctorii care nu obțineau acordul efectuării autopsiei erau priviți cu suspiciune. Odată cu sfârșitul celui de-al Doilea Război Mondial, procedura căpătase, în Europa și America de Nord, un statut clar, practicarea ei în cazul decesului unui pacient devenind obligatorie.

Așadar, cum se explică declinul ei actual? Nu este vorba de refuzul familiilor – conform studiilor recente, ele permit și în prezent, în optzeci la sută dintre situațiile analizate, efectuarea necropsiei. Medicii, al căror entuziasm față de procedura în speță era, odinioară, atât de mare încât ajungeau să fure cadavrele, pur și simplu nu mai întreabă dacă li se permite s-o realizeze. Pentru a justifica o asemenea atitudine, unii invocă motive ambigue. S-a afirmat fie că spitalele încearcă să facă economie evitând practicarea autopsiilor, din moment ce agenții de asigurări nu le decontează, fie că doctorii le evită ca să mușamalizeze probele ce ar putea dovedi comiterea unei erori medicale. Cu toate acestea, chiar și când erau foarte populare, autopsiile implicau cheltuieli și dezvăluiau malpraxisul.

Bănuiesc, în schimb, că aplombul medicinei secolului XXI este ceea ce descurajează autopsiile. Faptul că n-am reușit s-o întreb pe doamna Sykes dacă ne permite să efectuăm autopsia soțului ei n-a fost determinat nici de gândul la cheltuielile pe care le-ar fi implicat procedura, nici de teama că aceasta ar fi scos la iveală o eroare medicală. Dimpotrivă: n-am avut, practic, niciun motiv să iau în calcul probabilitatea identificării unei greșeli. Astăzi avem la dispoziție tehnici de diagnosticare și tratament ce folosesc rezonanța magnetică nucleară (RMN), ultrasunetele ori izotopii radioactivi (așa-numita medicină nucleară), teste moleculare și multe alte alternative. Când moare cineva, știm care a fost cauza. Nu avem nevoie de autopsie ca s-o descoperim.

Cel puțin, așa credeam atunci. Am avut însă un pacient care m-a făcut să-mi schimb punctul de vedere.

E vorba de un fost inginer, care își descoperise la vârsta pensionării talentul artistic. Avea șaizeci și ceva de ani, purta barbă și era foarte jovial. Îl voi numi domnul Jolly[27], fiindcă chiar așa era. Și mai era ceea ce numim, în limbaj medical, vasculopat – părea că în organismul lui nu mai exista nicio arteră neafectată. Dieta, zestrea genetică sau faptul că fumase îi prilejuiseră, în ultimii zece ani, un atac de cord, două episoade de reparare chirurgicală a unui anevrism abdominal aortic, patru operații de bypass menite să deblocheze circulația sângelui la nivelul arterelor membrelor inferioare și mai multe proceduri chirurgicale de dilatare a vaselor cu balon, pentru menținerea deschisă a arterelor rigidizate. În pofida atâtor probleme, n-am observat niciodată la el măcar o umbră de pesimism. „Ei, nu poți să cazi în deznădejde”, obișnuia să spună. Avea copii minunați. Și nepoți frumoși. „Dar, offf, soția”, adăuga, uitându-se la soția lui, care ședea lângă pat – ea își rotea ochii în toate direcțiile, iar fața lui se lumina de un zâmbet larg.

Domnul Jolly venise la spital pentru tratamentul unor plăgi infectate la picioare. La scurt timp după internare însă, a apărut o insuficiență cardiacă congestivă, ce a determinat acumulare de lichid în plămâni. Îi era din ce în ce mai greu să respire, așa că am fost nevoiți să-l internăm la terapie intensivă, unde l-am intubat și l-am conectat la ventilator. De la două zile, cum era prevăzut inițial, spitalizarea s-a prelungit la două săptămâni. Tratamentul cu diuretice și schimbarea medicației cardiace au determinat, în final, reabilitarea funcțiilor inimii și plămânilor. Și, într-o dimineață însorită de duminică, stătea lungit în pat, respirând singur și urmărind programul matinal pe monitorul televizorului suspendat din camera de spital. „Sunteți foarte bine”, i-am spus, adăugând că după-amiază îl vom transfera de la terapie intensivă. Probabil că în două zile va fi din nou acasă.

Două ore mai târziu, stația de alertare emitea un semnal de stop cardiopulmonar. Când am ajuns la terapie intensivă și am văzut-o pe asistentă aplecată peste domnul Jolly pentru a-i efectua masaj cardiac extern, m-am necăjit atât de tare, încât mi-a scăpat o înjurătură. Se simțea bine, mi-a explicat asistenta, se uita la

televizor, când, deodată, s-a ridicat în șezut, cu un aer șocat, după care s-a prăbușit înapoi, pe spate, inert. La început era în asistolă – absența ritmului cardiac pe monitor; apoi, ritmul a reapărut, dar nu avea puls. Au fost mobilizați o mulțime de oameni. L-am intubat, i-am administrat fluide și epinefrină, am rugat pe cineva să-l cheme de acasă pe chirurgul curant și pe altcineva să verifice rezultatele analizelor de laborator efectuate de dimineață. Un operator de la imagistică a adus un aparat cu raze X portabil și i-a făcut pe loc o radiografie toracică.

Evaluam în minte toate cauzele posibile. Nu erau multe. Poate un colaps respirator, dar sunetele percepute de stetoscopul meu erau normale, iar radiografia era în regulă. Sau o pierdere de sânge masivă, însă abdomenul nu-și mărise volumul, iar declinul a survenit atât de rapid, încât ipoteza unei hemoragii chiar nu avea niciun sens. Starea lui s-ar fi putut datora unei creșteri foarte mari a acidității sângelui, dar testele biochimice nu arătau așa ceva. Și mai putea fi vorba de tamponada cardiacă – oprirea inimii prin prezența unei mari cantități de sânge în pericard. Am montat la o seringă un ac pentru puncție lombară lung de cincisprezece centimetri, l-am introdus în piele sub osul stern și l-am direcționat spre cavitatea pericardică. N-am detectat nici urmă de hemoragie. Rămânea, așadar, o singură posibilitate: cea a emboliei pulmonare – formarea unui embol (cheag de sânge) ce migrează în plămân și blochează instantaneu întregul flux sangvin. Iar în astfel de cazuri nu există soluții.

Am ieșit afară ca să vorbesc la telefon mai întâi cu chirurgul curant și, ulterior, cu rezidentul-șef, care tocmai sosise. Au fost cu toții de acord că o embolie era singura explicație logică. M-am întors în cameră și am oprit codul. „Ora decesului: 10:23 a.m.”, am anunțat. I-am telefonat soției lui, i-am spus că lucrurile luaseră o întorsătura foarte proastă și am rugat-o să vină la spital.

Nu trebuia să se întâmple așa ceva; eram sigur de asta. M-am uitat peste fișele medicale ca să depistez vreun indiciu, în cele din urmă, am găsit unul. O analiză efectuată în ziua precedentă releva probabilitatea ca procesul de coagulare să aibă un ritm mai lent decât normal – nu era ceva grav, dar un medic de la secția de

terapie intensivă decisese să-i dea pacientului vitamina K, pentru corectarea deficienței. O complicație frecventă a tratamentului cu vitamina K o constituie apariția cheagurilor de sânge. M-am înfuriat. Administrarea vitaminei fusese complet inutilă – neurmărind decât să readucă în limite normale valoarea unui parametru de laborator. M-am dus, împreună cu rezidentul-șef, peste medicul în cauză. N-a lipsit decât să-l acuzăm de uciderea pacientului.

Când a sosit doamna Jolly, am dus-o într-o cameră destinată discuțiilor cu membrii familiei bolnavilor, unde domnea o atmosferă liniștită și calmă. Privind-o, mi-am dat seama după expresia feței că se aștepta la tot ce era mai rău. I-am explicat că inima lui încetase brusc să mai bată datorită unei embolii pulmonare. I-am spus că e posibil ca medicamentele pe care i le-am administrat să fi contribuit la producerea complicației. Am condus-o lângă patul lui și am lăsat-o acolo. A ieșit după o vreme, cu mâinile tremurând și fața înecată în lacrimi. Apoi, spre surprinderea noastră, ne-a mulțumit. Ne-a spus că reușisem să-l ținem lângă ea toți acești ani. Poate că așa era, dar, gândindu-ne la ceea ce se întâmplase, niciunul dintre noi nu simțea nici cea mai vagă urmă de mândrie.

I-am pus întrebarea standard. I-am zis că voiam să efectuăm o autopsie și că aveam nevoie de acordul ei. După părerea noastră, știam ce se întâmplase, dar o autopsie ne-ar confirma ipoteza, am adăugat. A rămas câteva clipe pe gânduri. Dacă procedura respectivă ne-ar ajuta, a rostit în cele din urmă, atunci puteam s-o aplicăm. I-am zis, așa cum o cereau uzanțele, că ne-ar fi de folos. Nu aveam deloc certitudinea că eram și convins de spusele mele.

A doua zi dimineață nu aveam în program nicio intervenție în sala de operație, așa că am coborât la subsol ca să asist la autopsie. Când am ajuns, domnul Jolly era deja pregătit pe masa de disecție, cu brațele desfăcute, pielea retractata, toracele expus și abdomenul deschis. M-am echipat cu halat, mănuși, mască și m-am apropiat. Asistentul tocmai se apucase să-și croiască drum, cu fierăstrăul electric, prin zona costală stângă, când a ieșit la iveală sângele închis la culoare și vâscos, aidoma petrolului adus la suprafață de pompe. Nedumerit, l-am ajutat să deschidă cușca toracică. Partea stângă era plină de sânge. Am palpat arterele pulmonare ca să

identific vreun cheag sangvin rezistent, embolizat, dar nici urmă de așa ceva. De fapt, nu avusese embolie. Am aspirat trei litri de sânge, am ridicat plămânul stâng și am găsit răspunsul. Aorta toracică era de aproape trei ori mai lată decât normal și avea un orificiu de circa un centimetru și jumătate. Omului i se rupsese un anevrism aortic, care-i provocase, aproape instantaneu, o hemoragie fatală.

Zilele următoare, i-am cerut scuze doctorului căruia îi făcusem scandalul cu vitamina și m-am gândit foarte serios cum de-am fost capabili să ratăm diagnosticul. Am examinat din nou radiografiile mai vechi ale pacientului și, de data asta, am observat un contur umbrit a ceea ce trebuie să fi fost anevrismul. Dar nu-l sesizase niciunul dintre noi, nici măcar radiologul. Și chiar dacă l-ar fi remarcat, n-am fi îndrăznit să ne ocupăm de el decât după mai multe săptămâni de tratament al infecției și al insuficienței cardiace, adică prea târziu. M-a tulburat profund însă faptul că fusesem atât de sigur pe mine cu privire la ceea ce se întâmplase în acea zi și că greșisem atât de mult.

Cea mai paradoxală mi s-a părut ultima radiografie pulmonara, efectuată pe perioada stopului cardiopulmonar. Invazia aceea de sânge din torace ar fi trebuit să mă lase să văd măcar o zonă mai înceţoșată pe partea stângă. Dar când am scos din nou filmul, ca să-l mai examinez o dată, n-am mai sesizat nimic.

Cât de frecvente sunt situațiile în care autopsiile certifică drept cauză a morții o greșeală capitală de diagnostic? Eram tentat să presupun că așa ceva se întâmplă doar rareori, în cel mult 1-2% dintre cazuri. Conform rezultatelor obținute în cadrul a trei studii efectuate în anii 1998 și 1999 însă, procentul respectiv s-a dovedit a fi de 40%. Concluzia unei ample sinteze a studiilor referitoare la autopsie este că, în aproape o treime dintre cazurile de erori de diagnostic, ar fi fost de așteptat ca pacienții să supraviețuiască dacă le-ar fi fost administrat tratamentul adecvat. George Lundbeig, medic anatomopatolog și fost editor al publicației *Journal of the American Medical Association,* cel mai activ susținător al implicațiilor unor asemenea statistici sumbre, semnalează cel mai surprinzător aspect al acestei problematici: în studiile privitoare la autopsii, frecvența de detectare a greșelilor de diagnostic nu a înregistrat

nicio îmbunătățire cel puțin din anul 1938 încoace.

În condițiile în care s-au făcut atât de multe progrese în domeniul tehnicilor de imagistică medicală și de diagnosticare, e dificil să acceptăm ideea că, pe lângă faptul că în două din cinci cazuri de deces cauza morții se datorează unei greșeli de diagnostic, nici n-am reușit, în timp, să îmbunătățim situația. Pentru a verifica veridicitatea unor asemenea constatări, doctorii de la Harvard au realizat un studiu foarte simplu. Au revăzut arhivele fișelor de spital pentru a vedea cât de des au reușit autopsiile să scoată la iveală greșelile de diagnostic în deceniul cuprins între anii 1960 și 1970 – adică înainte de apariția tomografiei computerizate, a tehnologiilor bazate pe utilizarea ultrasunetelor, a izotopilor radioactivi și a altor principii –, comparativ cu situația din 1980, când începuseră să fie aplicate pe scară largă tehnicile menționate. Cercetătorii nu au observat nicio îmbunătățire. Indiferent de deceniul supus analizei, medicii au ratat, la pacienții care au decedat, un sfert dintre cazurile de infecții fatale, o treime dintre cele de atac de cord și aproape două treimi dintre cele de embolie pulmonară.

În majoritatea cazurilor, nu a fost vorba despre un eșec al tehnologiei aplicate, ci, mai degrabă, de faptul că doctorii nu au intuit diagnosticul corect. Poate că, uneori, medicii aveau la dispoziție soluția perfectă a testului de laborator sau imagistic de care era nevoie, dar ce folos, dacă nu apelau niciodată la ea.

Într-un eseu publicat în anul 1976, filosofii Samuel Gorovitz și Alasdair Macintyre au explorat natura erorii. De ce n-ar reuși, de pildă, un meteorolog, să prefigureze corect locul în care un uragan ar urma să provoace o prăbușire de teren? Autorii au sesizat trei motive posibile. Unul dintre ele era ignoranța: poate că știința oferă doar un număr limitat de date care să permită descifrarea modului de manifestare a unui astfel de fenomen natural. Un al doilea motiv îl constituie nepriceperea: meteorologul are la dispoziție cunoștințele necesare, dar nu este capabil să le aplice corect. Ambele sunt surse de eroare surmontabile. Suntem de părere că ignoranța va fi învinsă de știință și că incapacitatea de-a interpreta corect niște date va fi depășită cu ajutorul instruirii și al tehnologiei. Cea de-a treia cauză preconizată a genera erori făcea parte însă, în opinia

filosofilor, din categoria celor insurmontabile, denumind-o, în consecință, „eroare necesară.”

Gorovitz and Macintyre susțineau că există probabil unele aspecte ale cunoașterii pe care știința și tehnologia nu le vor elucida niciodată. Poate că avem pretenții prea mari de la știință când îi pretindem să ne ofere, în afară de explicațiile referitoare la modul generic de manifestare a unor fenomene naturale (uraganele, de pildă), o prognoză exactă cu privire la unul anume din categoria respectivă (furtuna care a făcut ravagii, joi, pe coasta sudică a statului Carolina, să zicem). Niciun uragan nu seamănă perfect cu altul. Cu toate că astfel de fenomene se supun acelorași legi predictibile, fiecare în parte este influențat permanent de o multitudine de factori de mediu necontrolabili, aleatorii. Precizarea particularităților de manifestare ale unui uragan ar implica o cunoaștere absolută a tuturor tainelor lumii – cu alte cuvinte, omnișiință.

Nu e vorba de faptul că este imposibil să prezici ceva; doar există o mulțime de lucruri perfect predictibile. Gorovitz și Macintyre oferă exemplul unui cub de gheață aruncat în foc. Cuburile de gheață sunt atât de simple și de asemănătoare între ele, încât se poate estima cu precizie absolută că acel cub se va topi. Dar când se pune problema prefigurării exacte a ceea ce se petrece în organismul unui anume individ, trebuie oare oamenii abordați după modelul cuburilor de gheață sau după cel al uraganelor?

Chiar acum, aproape de miezul nopții, consult o pacientă în camera de primiri urgențe și vreau să afirm că e un cub de gheață. Cu alte cuvinte, cred că înțeleg ce se petrece cu ea și că sunt capabil să disting toate caracteristicile ce m-ar putea edifica asupra cazului. Am convingerea că o pot ajuta.

Charlotte Duveen – așa o vom numi în continuare – are patruzeci și nouă de ani și de două zile acuză dureri abdominale. Am început examinarea din momentul în care am dat la o parte perdeaua de la intrarea în compartimentul ei de spital. Stătea cu picioarele încrucișate pe scaunul de lângă targa mobilă. M-a întâmpinat pe un ton jovial, cu un glas gutural, de fumătoare. Nu avea aerul unei

persoane bolnave. Nu se ținea cu mâinile de abdomen. Nu-și căuta cu greutate cuvintele. Fața avea și ea un aspect normal – nu era nici împurpurată, nici palidă. Își penase părul șaten, lung până la umeri și-și aplicase cu grijă rujul.

Mi-a spus că durerea semăna, la început, cu crampele ocate de gaze. Dar apoi, în cursul zilei, a devenit puternică și localizată – mi-a și arătat un punct în extremitatea inferioară a părții drepte a abdomenului. Apăruseră și scaune diareice. Avea permanent senzația că trebuie să urineze. Nu avea febră. Nici stare de greață. De fapt, îi era chiar foame. Mi-a povestit că acum două zile mâncase un hot dog în Fenway Park și m-a întrebat dacă asta putea avea vreo legătură cu starea ei actuală. Săptămâna trecută fusese și la grădina zoologică, să vadă păsările. Avea doi copii. Ultimul ciclu menstrual fusese cu trei luni în urmă. Fumează o jumătate de pachet de țigări pe zi. Prizase și heroină, dar renunțase. A avut, cândva, hepatită. Nu făcuse niciodată vreo operație.

I-am palpat abdomenul. M-am gândit că putea fi orice: intoxicație alimentară, un virus, apendicită, o infecție de tract urinar, un chist ovarian, o sarcină. Abdomenul era moale, fără distensie, iar în cadranul drept inferior exista o zonă cu o sensibilitate deosebită.

Când am apăsat în punctul respectiv, am simțit cum mușchii i se contractă din reflex. La examenul regiunii pelviene, ovarele păreau să aibă un statut normal. Am solicitat mai multe teste de laborator. Numărul de leucocite era crescut. Analiza de urină era normală. Testul de sarcină a ieșit negativ. Am cerut și o tomografie computerizată abdominală.

Sunt sigur că pot să-mi dau seama care este problema în acest caz, dar, dacă stai și te gândești, e curios să ai o asemenea convingere. N-o mai văzusem niciodată pe această femeie și, cu toate astea, presupun că este și ea la fel ca toți ceilalți pacienți pe care i-am examinat. Este oare reală convingerea mea? Să ne-nțelegem, niciunul dintre bolnavii consultați de mine nu erau femei în vârstă de patruzeci și nouă de ani care avuseseră hepatită și dependență de droguri, fuseseră recent la grădina zoologică, mâncaseră un hotdog în Fenway Park și veniseră la spital cu o ușoară durere în cadranul drept inferior, instalată cu două zile în

urmă. Cu toate acestea, sunt în continuare convins că știu ce nu este în regulă în fiecare caz în parte. Operăm oameni zi de zi, le deschidem cavitatea abdominală și, în general, cam știm ce vom găsi: nu țipari sau mașinării stricate ori o acumulare de lichid albastru, ci anse intestinale, un ficat într-o parte, un stomac în cealaltă, o vezică urinară mai jos. Există, desigur, diferențe – o aderență la un pacient, o infecție la altul –, dar am catalogat și sortat mii de cazuri, pe baza cărora am realizat un profil statistic al omenirii.

Înclin să cred că e vorba de apendicită. Durerea e localizată exact la locul potrivit. Modul de instalare a simptomelor, examenul fizic și numărătoarea de leucocite, toate se încadrează de minune în parametrii cunoscuți. Îi e foame însă; se mișcă în largul ei, nu are aerul unei persoane bolnave – ceea ce pare a fi neobișnuit. Merg la radiologie și stau pe întuneric, uitându-mă, peste umărul medicului specialist, la imaginile abdomenului lui Duveen proiectate pe monitor, îmi arată apendicele, ca un vierme, gros, înconjurat de un strat cenușiu de grăsime. Este apendicită, afirmă, sigur pe el. Îl chem pe chirurgul de serviciu și-i comunic ce-am constatat. „Roagă să pregătească sala de operație”, îmi spune. O să facem o apendicectomie.

În cazul de față avem certitudini. Și totuși am întâlnit destule altele similare, cu rezultate identice la tomografia computerizată-în care am deschis pacientul și am găsit un apendice normal. Chirurgia însăși este un fel de autopsie. Termenul „autopsie” are următoarea semnificație literală: „a vedea cu propriii ochi”. Și, în pofida cunoștințelor și a tehnologiei pe care le deținem, când privim realitatea suntem, adesea, luați pe nepregătite de ceea ce vedem. Vreau să cred că afecțiunea pacientei mele este la fel de predictibilă ca răsăritul soarelui, ca topirea unui cub de gheață; și poate că așa trebuie. Dar am acumulat suficientă experiență ca să știu că, în cazul ființelor umane, pot fi spulberate până și cele mai obișnuite certitudini.

Indiferent dacă avem de-a face cu pacienți vii sau cu cadavre, nu știm până nu vedem. Chiar și în cazul domnului Sykes, am ajuns să mă întreb dacă am suturat corect sau dacă hemoragia avea o cu

totul altă cauză. Doctorii nu mai pun astfel de întrebări. Ceea ce nu face decât să ne accentueze aroganța. În 1995, National Center for Health (Centrul Național pentru Sănătate) și-a întrerupt activitatea de colectare a datelor statistice cu privire la autopsii. Nici măcar nu putem spune cât de rare au devenit autopsiile.

Din tot ceea ce-am învățat privind oamenii pe dinăuntru, am decis că ființele umane se situează cumva între un uragan și un cub de gheață: în anumite privințe, sunt mereu pline de mister, dar în altele – cu un suport științific suficient de solid și cu verificări riguroase –, toate tainele lor pot fi descifrate prin studiu și observație. Am fi la fel de nesăbuiți dacă am crede că am atins limitele cunoașterii umane sau că va veni o vreme când vom ști totul. Există încă destule prilejuri de-a îmbunătăți lucrurile, de-a pune întrebări chiar și despre cei decedați, de-a trage învățăminte din situațiile în care știm când anume certitudinile noastre firești nu corespund realității.

Misterul copilului mort

Între anii 1949 și 1968, toți cei zece copii ai lui Marie Noe din Philadelphia au murit, rând pe rând. Unul s-a născut mort. Altul a decedat la spital imediat după naștere. Ceilalți însă și-au găsit sfârșitul acasă, **în** propriile lor pătuțuri, unde Noe zicea că-i găsise zăcând fie fără suflare, fie în agonie; doctorii, inclusiv unii dintre cei mai respectabili anatomopatologi ai timpului, nu au putut găsi nicio explicație pentru aceste opt decese – de altfel, în fiecare caz **în** parte au fost făcute autopsii. A existat o puternică suspiciune de crimă, dar nu s-a depistat nicio probă incriminantă. Ulterior, comunitatea medicală a ajuns să recunoască producerea, în fiecare an, a mii de cazuri similare, în care copii aparent sănătoși au murit, inexplicabil, în propriile lor pătuțuri – contextul în speță a fost denumit Sudden Infant Death Syndrome (SIDS – Sindromul Morții Subite a Sugarului), lui fiindu-i atribuite și cazurile menționate anterior.

Totuși, opt decese ale unor sugari într-o singură familie nu sunt ușor de suportat. Marie Noe a pierdut mai mulți copii decât orice altă mamă care a fost vreodată într-o situație asemănătoare. Ne așteptăm ca medicii să nu se limiteze strict la formularea unei concluzii standard, de tipul celei cu care-și încheie anatomopatologii rapoartele – „Cauza decesului: nedeterminată”. Se pare că după trei decenii, în sfârșit, speranțele noastre au devenit realitate. În 4 august 1998, procurorul statului Philadelphia, Lynne Abraham, a prezentat noi probe medicale ce dovedeau faptul că Noe, care ajunsese la vârsta de șaptezeci de ani, își sufocase copiii cu o pernă. „Știința”, a declarat Abraham pentru agenția Associated Press, „a rezolvat cazuri vechi, rămase nesoluționate.” A formulat opt capete de acuzare împotriva lui Noe, pentru săvârșirea unor crime cu premeditare.

Afirmația făcută de Abraham m-a nedumerit. Cum a stabilit ea –

sau mai degrabă „știința” – că acele decese erau crime, și nu cazuri de SIDS? Seducția științei este conferită de ipoteza că poate înlătura toate urmele de incertitudine. Adevărul este însă că tinde să ridice tot atâtea întrebări câte răspunsuri este capabilă să ofere. Iar astfel de situații nu sunt nici pe departe excepții. SIDS nu este chiar o boală, ci mai degrabă denumirea pe care au dat-o doctorii unuia dintre cele mai mari mistere medicale ale vremurilor noastre. Orice moarte subită a unui sugar ce rămâne neelucidată la finalul unei investigații post-mortem complete, dar fără concluzii definitive, este definită SIDS. De obicei, în asemenea cazuri, un bebeluș cu o stare de sănătate anterioară bună este găsit mort în patul lui. Înainte de deces nu se aude niciun plânset al copilului. Acesta poate fi găsit cu pumnii strânși sau cu nasul și gura marcate de un lichid sângeriu, cu aspect efervescent, în general, 90% dintre cazurile de SIDS survin până în pragul vârstei de șase luni, dar decese spontane și neașteptate se pot produce și în rândul copiilor ceva mai mari.

A fost discreditată vechea teorie referitoare la SIDS, ce susținea că bebelușii pur și simplu nu mai respiră. Sunt sugestive două observații, și anume că dormitul pe o suprafață moale și, respectiv, cu fața în jos, cresc riscul ca un bebeluș să moară subit. Succesul unei campanii menite să-i determine pe părinți să-și culce copiii pe spate sau pe o parte a fost asociat cu o reducere cu 38% a cuantumului de cazuri de SIDS înregistrate pe parcursul a patru ani. Poate se va dovedi că SIDS este un accident teribil în care, neputând să se întoarcă singuri de pe-o parte pe alta, bebelușii sunt sufocați de propriile lor așternuturi. Problema se pune, așadar, în felul următor: cum poate fi făcută o distincție clară între sufocare și SIDS – mai ales în cazul copiilor lui Noe, în care autopsiile inițiale nu au evidențiat semne de violență, iar din cadavre n-au mai rămas, foarte probabil, decât oasele. Medicii legiști și experții în cazurile de abuzuri față de copii, cu care am luat legătura, au confirmat că nici autopsia, nici cele mai noi teste nu implică vreun element caracteristic pe baza căruia să se stabilească fără dubii dacă este vorba de SIDS sau de crimă prin sufocare. Așadar, cum au fost întocmite capetele de acuzare împotriva lui Noe?

La scurt timp după anunțarea acuzațiilor, am contactat diferite

persoane implicate în caz, ca să le pun întrebarea mai sus menționată. Nimeni nu era dispus să-și asume deschis răspunsul. Sub protecția anonimatului însă, o oficialitate a recunoscut că nu existau probe care să susțină acuzațiile de crimă, în octombrie 1997, după ce un reporter al revistei *Philadelphia* a început să întreprindă o serie de investigații în vederea realizării unui articol despre copiii lui Noe, anchetatorii criminaliști locali au decis să redeschidă cazul. Au solicitat departamentului de stat de medicină legală să reexamineze autopsiile anterioare – ceea ce însemna, de fapt, o nouă trecere în revistă a rapoartelor medico-legale existente (unul dintre ele lipsea), a certificatelor de deces și a rapoartelor întocmite pe marginea anchetelor. Doctorii nu au găsit niciun semn de sufocare care să fi fost ratat anterior, niciun indiciu. Ca și specialiștii anatomopatologi care se ocupaseră de caz înaintea lor, aveau ca punct de plecare doar cele opt decese infantile într-o singură familie, fără probe de prejudicii fizice, și propriile lor suspiciuni cu privire la o mamă care fusese singura persoană prezentă în momentul când a murit fiecare dintre copiii ei. Singura diferență era că, de data aceasta, medicii erau dornici să declare că profilul cazurilor indica crima ca unică alternativă pentru producerea decesului.

În cazurile de abuz asupra copiilor, ca și în atât de multe alte situații, știința poate furniza, adesea, doar dovezi circumstanțiale. Uneori, este adevărat, noi, doctorii chiar reușim să găsim dovezi directe și convingătoare care să susțină diagnosticul unor astfel de cazuri: vânătăi al căror contur redă forma unui umeraș de haine, arsuri ce nu pot fi provocate decât de o țigară aprinsă ori care au aspectul unui ciorap, sugerând faptul că piciorul afectat fusese cufundat sau menținut într-un lichid fierbinte. Odată am acordat îngrijiri unui băiețel în vârstă de două luni, a cărui față fusese opărită foarte grav – tatăl lui spunea că, în timp ce-i făcea baie, dăduse drumul, din greșeală, robinetului de apă caldă. Dar absența aspectului caracteristic unei astfel de arsuri ne-a determinat să suspectăm că aveam de-a face cu un caz de abuz. Am efectuat o examinare cu raxe X a întregului organism al copilului, ca să căutăm

și alte indicii. S-a dovedit că bebelușul avea între cinci și opt fracturi costale, precum și la nivelul ambelor picioare. Unele dintre ele fuseseră produse cu mai multe săptămâni în urmă. Unele erau de dată recentă. Studiile genetice și testele de colagen au exclus existența unor eventuale anomalii metabolice și osoase ce ar fi putut explica prezența atât de multor leziuni. Erau dovezi certe de maltratare corporală, iar copilul a fost luat de la părinții lui. Dar nici atunci, așa cum avea să arate mărturia mea, dovezile noastre nu puteau indica precis care dintre cei doi era autorul unor asemenea violențe. (În cele din urmă, ancheta poliției a fost cea care a stabilit vinovăția tatălui, pe baza ei fiind luată decizia instanței judecătorești de a-l condamna la închisoare sub acuzația de abuz asupra minorilor.) Majoritatea cazurilor nu se prezintă cu astfel de semne evidente. Când suntem în situația de-a decide dacă se impune să alertăm asupra unei familii departamentul de servicii sociale sau poliția, avem, de obicei, doar indicatori vagi pe care ne putem baza. Conform ghidurilor utilizate la Children's Hospital din Boston, prezența, la un sugar, a *oricărei* vânătăi, leziuni faciale sau fracturi a unui os lung este considerată a fi dovada unui posibil abuz. Nu prea mai este altceva de verificat în continuare. În final, doctorii caută să afle de la părinți mult mai multe informații decât ar putea fi oferite de indiferent ce indiciu fizic.

Nu cu mult timp în urmă, fiica mea în vârstă de un an se juca în camera special destinată în acest scop, când, deodată, a scos un țipăt ce-ți îngheța sângele-n vene. Soția mea u alergat spre ea într-un suflet și a găsit-o zăcând pe podea, cu brațul drept îndoit între cot și talie, ca și când ar fi avut o încheietură în plus. Din câte am încercat să ne dăm seama, se părea că încercase să se cațere pe canapeaua noastră de pluș, își prinsese brațul în șipcile de lemn și fusese împinsă, din neatenție, de Walker, care avea pe atunci doi ani. În cădere, oasele antebrațului s-au rupt în două. Când am ajuns cu ea la spital, trei persoane diferite m-au interogat, suspicioase, întrebându-mă mereu același lucru: „Ia spuneți, cum s-a întâmplat exact?" Știam prea bine că povestea mea era în măsură să trezească suspiciuni – o căzătură fără martori, soldată cu o fractură gravă. Doctorii căutau să depisteze, așa cum procedez și eu când am de-a

face cu victime tinere ale unor traumatisme, orice urmă de neconcordanță sau de modificare a relatării cazului. E firesc ca părinții să se simtă lezați și furioși când medicii îi supun unor interogatorii cu iz polițienesc, dar cu toate că nivelul de cunoaștere al medicinei a ajuns astăzi atât de departe, întrebările rămân în continuare principalul nostru test pentru stabilirea unui diagnostic de abuz.

În cele din urmă, toate temerile mele s-au disipat. Fiica mea s-a ales cu un ghips roz și am luat-o acasă fără să fi avut vreun incident. Nu pot să nu mă gândesc însă că statutul meu social a jucat un rol în această situație. Când decid că este absolut necesară implicarea oficialităților într-un caz – deși încearcă s-o evite, pe cât posibil –, doctorii observă că influența factorilor sociali este inevitabilă. Știm, de pildă, că riscul de-a avea un comportament abuziv este dublu față de normal în cazul părinților unici, și de aproape șaisprezece ori mai mare, în familiile sărace. Se constată că o treime dintre mamele dependente de cocaină își maltratează copiii sau și-i neglijează. (în aceeași ordine de idei, rasa nu este un factor determinant.) Aceste date sunt mereu avute în vedere.

Factorii despre care aminteam au avut un impact pozitiv în cazul lui Noe. Era o femeie măritată, respectabilă, din clasa de mijloc a societății. Dar faptul că s-au produs opt decese înseamnă totuși ceva, nu-i așa? Așa cum spunea și unul dintre reprezentanții oficiali ai departamentului de medicină legală implicați în caz, repetând o maximă intens vehiculată în rândul anatomopatologilor, „Un caz de deces SIDS este o tragedie. Două astfel de cazuri sunt un mister. Trei, o crimă.”

Adevăratul răspuns însă este că, deși datele în sine par a fi suficient de incriminatoare, tot nu pot înlătura complet suspiciunile rezonabile. Expertul medico-legist al statului Pittsburgh, Cyril Wecht, nu susține opinia colegilor lui, afirmând că producerea mai multor decese determinate de SIDS, într-o singură familie, nu implică automat ipoteza unei crime. Numărul lor ridică, indubitabil, suspiciuni în cazul lui Noe. În fond, la ora actuală, experții sunt de părere că pierderea unui singur copil datorită SIDS nu crește

probabilitatea ca o familie să piardă, din aceeași cauză, încă unul. Când este vorba de două decese în cadrul unei singure familii, atunci, desigur, se impune efectuarea unor investigații. După cum arata Wecht însă, au existat situații în care doi sau chiar trei sugari au murit, într-un mod inexplicabil, într-o familie în care omuciderea a fost declarată practic imposibilă. În trecut au fost formulate numeroase acuzații nefondate asupra părinților care s-au confruntat cu situații similare. Și ceea ce ne îngrijorează cel mai mult este faptul că nici măcar nu știm exact ce este SIDS. Poate că, încercând să redăm elementele definitorii ale sindromului, am abordat în bloc caracteristicile unor boli distincte. Și la fel de posibil este ca în cadrul aceleiași familii să se producă, din cauze naturale, mai multe decese.

Cu toate că foarte adesea nu poate proba nici măcar cazurile fatale de abuz asupra copiilor, știința nu este complet neputincioasă. În fața „dovezii" medicale care confirma ipoteza crimei, Noe a recunoscut că-și sufocase patru dintre copii, dar a susținut că nu-și putea aminti ce li se întâmplase celorlalți. Avocatul a contestat imediat credibilitatea și valabilitatea declarației clientei sale, obținută în cursul unui interviu care durase o noapte întreagă. În data de 28 iunie 1999 însă, într-o sală de judecată a proceselor de drept comun a tribunalului din Philadelphia, Marie Noe s-a ridicat în picioare, sprijinindu-se în baston, ca să se declare vinovată de opt capete de acuzare, încadrate de instanța judecătorească în categoria crimelor de gradul doi. La auzul verdictului, soțul ei, Arthur, în vârstă de șaptezeci și șapte de ani, aflat și el în sală, dădea din cap, năucit.

Până la urmă, cea mai concludentă probă pe care o avem la dispoziție ne este furnizată, uneori, de spusele oamenilor, nu de știință.

Al cui este, de fapt, corpul acesta?

Prima dată când l-am văzut, cu două zile înainte de operație, pacientul părea mort. Joseph Lazaroff, cum îl voi numi în continuare, stătea întins în pat cu ochii închiși. Trupul îi era acoperit cu un cearșaf prin care i se deslușea pieptul firav, ca de pasăre. Când oamenii dorm – sau chiar când sunt anesteziați și nu respiră singuri – nu ți se întâmplă să te întrebi dacă mai trăiesc. Trupurile lor emană acea căldură a vieții pe care o vădește tonusul muscular al brațelor sau conturul subtil al buzelor ori culoarea pielii. Dar, aplecându-mă în față, ca să-l bat pe Lazaroff pe umăr, m-am trezit deodată țintuit în loc de senzația instinctivă pe care ți-o creează atingerea unui cadavru. Avea aerul unui om complet lipsit de vigoare, epuizat – tenul foarte palid, obrajii, bărbia și tâmplele căzute, pielea feței întinsă ca o mască. Cel mai ciudat era capul, care stătea ridicat la o distanță de cinci centimetri de pernă, de parcă se instalase *rigor mortis*.

„Domnul Lazaroff?” l-am întrebat. A deschis ochii. S-a uitat la mine fără nici cea mai vagă undă de interes, tăcut și imobil.

Pe vremea aceea eram în primul an de rezidențiat și lucram în secția de neurochirurgie. Lazaroff avea cancer, iar boala îi cuprinsese întregul organism. Fusese programat la o operație de excizare a unei tumori de la nivelul coloanei vertebrale. Șeful echipei de rezidenți mă trimisese să obțin de la el consimțământul – adică semnătura lui Lazaroff pe formularul ce atesta acordul pacientului pentru intervenția chirurgicală. Nicio problemă, am spus. Privindu-l însă și văzând cât de fragil și de slăbit era, trebuia să mă întreb dacă era cazul să-l operăm.

M-am uitat peste fișa lui medicală. Cu opt luni în urmă fusese la medic din cauza unei dureri de spate. Inițial, doctorul nu a sesizat nimic deosebit, dar după trei luni, durerea s-a agravat, așa că l-a programat la radiologie. Examenul imagistic a evidențiat existența

unui cancer generalizat – tumori multiple în ficat, intestin și de-a lungul coloanei. Biopsia a indicat faptul că erau incurabile.

Lazaroff abia împlinise șaizeci de ani. Fusese vreme îndelungată administrator al orașului, avea un început de diabet, episoade ocazionale de angină pectorală și aerul dur al unui om care-și pierduse soția cu mai mulți ani în urmă și se obișnuise să trăiască singur. Starea lui de sănătate s-a deteriorat rapid. În decurs de numai câteva luni a pierdut în greutate peste douăzeci și cinci de kilograme. Pe măsură ce tumorile abdominale creșteau, se intensifica și acumularea de lichid în abdomen, scrot și membrele inferioare. Accentuarea durerii și deteriorarea stării fizice l-au pus în imposibilitatea de-a mai lucra. Fiul său, în vârstă de treizeci și ceva de ani, s-a mutat la el ca să-l ajute. Lazaroff a început administrarea permanentă a morfinei, pentru a-și ține sub control durerea. Medicii i-au spus că mai avea de trăit doar câteva săptămâni. Lazaroff însă nu era încă pregătit să accepte ideea. Continua să vorbească despre ziua în care-și va relua serviciul.

Au urmat însă mai multe etape succesive de declin sever al stării de sănătate: au apărut o slăbiciune inexplicabilă a picioarelor și o stare de incontinență. A mers din nou la medicul oncolog. Un nou examen imagistic a evidențiat, în regiunea toracică a măduvei spinării, o metastază care provoca un fenomen de compresie medulară. Oncologul l-a internat în spital și a încercat o primă cura de radioterapie, care nu a avut însă niciun efect. Nu a mai putut să-și miște piciorul drept; îi paraliza jumătatea inferioară a corpului.

Nu-i mai rămâneau decât două opțiuni. Putea să se supună unei intervenții chirurgicale la nivelul măduvei spinării. Nu l-ar fi vindecat – cu sau fără operație, tot cel mult câteva luni mai avea de trăit –, dar i-ar fi oferit o ultimă șansă de oprire a procesului de deteriorare a măduvei spinării și, poate, de recuperare parțială a forței membrelor inferioare și a sfincterelor. Riscurile erau însă foarte mari. Trebuia să recurgem la abord toracic și la compresie pulmonară ca să ajungem la nivelul măduvei spinării. Perioada de recuperare ar fi fost de lungă durată, dificilă și foarte dureroasă. Iar în condițiile în care starea lui de sănătate era atât de precară – fără să mai socotim vechea și îndelungata suferință cardiacă –, avea

șanse minime de a supraviețui unei astfel de intervenții și de-a se întoarce acasă.

Exista și alternativa de a nu face nimic. De-a se externa și a continua îngrijirea la domiciliu, ceea ce i-ar fi asigurat o stare de confort psihic, alimentându-i sentimentul că mai poate deține controlul asupra propriei sale vieți. Imobilitatea și incontinența urmau să se agraveze, cu siguranță. Dar numai așa ar fi avut șansa de-a muri împăcat, în patul lui, luându-și rămas-bun de la toți cei dragi.

Decizia era numai și numai a lui.

Faptul în sine este remarcabil. Cu nu mai mult de un deceniu în urmă, medicii erau cei care luau deciziile, iar pacienții făceau ceea ce li se spunea. Medicii nu le cereau părerea celor pe care-i consultau ca să le afle dorințele ori prioritățile și, de regulă, nici nu le ofereau toate informațiile necesare în legătură cu afecțiunea lor – uneori, chiar informații cruciale, cu privire, de pildă, la medicamentele prescrise, la tratamentele recomandate și la diagnosticul pe care-l puseseră. Pacienților le era interzis până să se și uite în propria fișă medicală: nu era proprietatea lor, spuneau doctorii. Erau tratați ca niște copii, fiind considerați prea fragili și naivi ca să interpreteze corect situația reală a stării lor de sănătate; cât despre ideea de-a lua ei înșiși o decizie, nici nu se punea problema. Iar oamenii sufereau din aceste pricini. Erau examinați cu diverse aparate, li se dădeau medicamente și erau supuși unor operații în privința cărora nu li se cerea niciodată părerea. Și ratau ocazia de-a beneficia de tratamentele pe care, poate, le-ar fi preferat celor indicate de medic.

Tatăl meu îmi povestea că în anii ’70 și, mai ales, în cursul deceniului următor, când veneau la el o mulțime de bărbați în vederea efectuării unei vasectomiei, se accepta ideea ca el să fie cel care urma să aprecieze în ce măsură practicarea intervenției chirurgicale era adecvată, atât din punct de vedere medical, cât și în raport cu particularitățile fiecărui caz în parte. De obicei, refuza să facă operația dacă solicitanții erau fie necăsătoriți, fie însurați, dar fără copii, fie „prea tineri”. Pe ansamblu, nu e convins că a procedat

exact cum trebuia în toate situațiile; astăzi însă ar aborda lucrurile cu totul altfel. De altfel, nici nu-și amintește să fi refuzat vreodată, în ultimii ani, solicitarea vreunui pacient de-a i se efectua o vasectomie.

Unul dintre motivele ce au determinat o transformare atât de spectaculoasă a manierei de luare a deciziilor în medicină l-a constituit apariția, în anul 1984, a cărții intitulate *The Silent World of Doctor and Patient (Lumea cea tăcută a doctorului și pacientului),* scrisă de medicul și specialistul în etică Jay Katz. Volumul, care critica foarte aspru procesul tradițional de luare a deciziilor în medicină, a avut o influență remarcabilă. Autorul afirma că deciziile medicale ar putea și ar trebui să fie luate prin implicarea pacienților. Și și-a susținut pledoaria folosind ca exemple chiar relatările pacienților.

Una dintre relatări, prezentată sub titlul „Iphigenia Jones", era a unei femei în vârstă de douăzeci și unu de ani, căreia i se depistase o tumoră malignă mamară. Și atunci, ca și acum, tânăra avea două opțiuni: fie mastectomie (ce presupunea îndepărtarea chirurgicală a sânului afectat și a ganglionilor de la nivelul axilei situate pe aceeași parte), fie iradiere, cu intervenție chirurgicală minim invazivă (doar excizia nodulului canceros și a ganglionilor axilari). În ambele situații, ratele de supraviețuire erau similare, deși în cea de-a doua, în care sânul este conservat, e posibilă o recidivă a tumorii, ceea ce-i determină pe medici să recurgă, în ultimă instanță, tot la procedura radicală. Chirurgul care preluase cazul tinerei prefera să practice mastectomia, așa că i-a indicat-o și pacientei lui. În zilele premergătoare operației însă, doctorul a început să se îndoiască de oportunitatea efectuării unei astfel de operații în cazul unei femei atât de tinere. În consecință, în seara anterioară intervenției, a procedat altfel decât de obicei: a discutat cu ea opțiunile de tratament și i-a lăsat libertatea de-a opta. Iphigenia a ales varianta ce presupunea păstrarea sânului.

După o vreme, pacienta și chirurgul care-o operase apăreau în fața unei comisii de analiză a opțiunilor terapeutice în cazurile de cancer mamar. Povestea lor a stârnit reacții vehemente. Aproape toți chirurgii au atacat ideea de-a i se oferi pacientului posibilitatea să

aleagă. Unul dintre ei a întrebat chiar: „Dacă doctorilor le este atât de greu să decidă care tratament e mai bun, cum ar putea pacienții să ia asemenea hotărâri?” Așa cum scria Katz însă, astfel de decizii nu implicau aspecte de ordin tehnic, ci personal: ce era mai important pentru Iphigenia – să-și păstreze sânul sau să aibă siguranța că va trăi fără riscul reapariției nodulului? Niciun medic nu avea căderea să ia o decizie cu privire la asemenea chestiuni. Numai tânăra o avea. Cu toate acestea, în astfel de situații, doctorii operau, adesea fără măcar să-i intereseze dacă pacientele erau îngrijorate în legătură cu intervenția, și luau singuri decizii – poate sub influența banilor, a preferințelor profesionale (de pildă, chirurgii tind să opteze întotdeauna pentru tratamentul chirurgical) și a felului de-a fi al fiecăruia.

Până la urmă, mediul academic medical a început să îmbrățișeze poziția lui Katz. Pe vremea când eram student, prin anii ’90, profesorii ne spuneau că este bine să ne percepem pacienții ca pe niște factori de decizie autonomi. „Voi sunteți cei care lucrați în slujba lor”, ni se reamintea frecvent. Există și în prezent numeroși doctori „de modă veche” care încearcă să adopte o poziție dictatorială, dar constată că persoanele care apelează la serviciile lor nu mai sunt dispuse să accepte o asemenea abordare. Majoritatea medicilor, luând foarte în serios ideea că pacienții sunt singurii în măsură să dețină controlul asupra propriului lor destin, le expun deschis opțiunile și riscurile implicate de tratamentul propus. Unii chiar refuză să le facă recomandări, de teama de-a nu le influența punctul de vedere într-un mod neadecvat Pacienții pun întrebări, se informează pe Internet, solicită și o a doua opinie. Și, în final, decid.

În practică însă, lucrurile nu sunt deloc atât de tranșante. S-a dovedit că și pacienții iau decizii proaste. Uneori, desigur, diferența dintre o opțiune și alta nu este chiar așa de semnificativă. Dar când îți dai seama că bolnavul face o greșeală gravă, ar trebui, pur și simplu, să-i respecți dorința? Conform dogmelor medicale actuale, da, așa ar trebui procedat. În fond, al cui este corpul?

Lazaroff voia să fie operat. Oncologul avea dubii asupra oportunității deciziei, dar a solicitat și părerea unui neurochirurg.

Acesta, un bărbat dichisit, de vreo patruzeci de ani, cu o reputație remarcabilă și o adevărată slăbiciune pentru cravate a stat de vorbă în acea după-amiază cu Lazaroff și cu băiatul acestuia. I-a avertizat asupra tuturor riscurilor, deosebit de mari, precum și asupra faptului că eventualele beneficii erau aproape neglijabile. Uneori, avea să-mi povestească mai târziu, oamenii par să nu vadă și să n-audă nimic când e vorba despre pericole, așa că, în astfel de cazuri, se simte tentat să le prezinte fără menajamente – dependența de un ventilator, care să asigure respirația artificială, pentru a compensa funcția pulmonară compromisă, apariția unui accident vascular cerebral, moartea. Lazaroff însă era de neclintit. Chirurgul l-a programat la operație.

„Domnule Lazaroff, sunt medic rezident și am venit la dumneavoastră ca să discutăm despre intervenția chirurgicală de mâine", i-am spus. „Veți fi supus unei corpectomii și fuziuni spinale toracale." M-a privit cu ochi goi, inexpresivi. „Asta înseamnă că vom înlătura tumora care exercită presiune asupra măduvei spinării", am precizat. Avea aceeași privire indiferentă. „Se speră că intervenția va împiedica agravarea paraliziei dumneavoastră."

„Nu sunt paralizat", a rostit până la urmă. „Mă operez ca să nu paralizez."

Am bătut imediat în retragere. „Îmi pare rău – am vrut să spun că va împiedica apariția paraliziei." Poate că era doar o chestiune de semantică – putea să-și miște puțin piciorul stâng. „Am nevoie doar de semnătura dumneavoastră pe acest formular, prin care declarați că sunteți de acord să efectuați operația programată pentru mâine."

„Formularul de consimțământ informat" a fost elaborat relativ recent. Are în vedere toate complicațiile la care ne putem gândi în calitatea noastră de medici, de la o reacție alergică ușoară la moarte, iar semnarea lui înseamnă acceptarea respectivelor riscuri. Faptul că poartă amprenta hățișurilor avocățești și a birocrației mă determină să mă îndoiesc că pacienții vor avea sentimentul că sunt mai bine informați după ce-l citesc. Oferă totuși un prilej de trecere în revistă a riscurilor implicate.

Neurochirurgul le analizase deja cu mare atenție. Așa că ating punctul nevralgic. „Avem nevoie de semnătura dumneavoastră ca să

fim siguri că înțelegeți la ce riscuri vă expuneți”, i-am zis. „Chiar dacă apelați la această intervenție ca să vă păstrați abilitățile funcționale, operația ar putea să eșueze sau să vă lase paralizat.” M-am străduit să am un ton ferm, fără să fiu dur. „Ați putea face un accident vascular cerebral sau un atac de cord; sau chiar să muriți.” I-am întins formularul și pixul.

„Nimeni nu mi-a spus că aș putea muri din cauza asta”, a rostit, cu tremur în glas. „E ultima mea speranță. Vreți să spuneți că o să mor?”

Am înlemnit, neștiind exact ce să zic. Tocmai atunci a intrat fiul lui Lazaroff, pe care-l voi numi de-aici înainte David, îmbrăcat în niște haine șifonate, cu o barbă zburlită și un început de burtă. Starea de spirit a tatălui s-a schimbat brusc și îmi aduc aminte că citisem în fișa medicală despre recenta sa discuție cu David, în cadrul căreia acesta îl întrebase dacă tot mai considera potrivit să se ia măsuri eroice. „Nu renunța la mine”, i s-a adresat Lazaroff fiului său, de această dată cu o voce tăioasă. „Să-mi dai toate șansele pe care le am!” Mi-a smuls din mână formularul și pixul. Stăteam amândoi, resemnați, tăcuți, privindu-l pe Lazaroff cum făcea, cu gesturi lente, o zmângălitură aproape ilizibilă în vecinătatea liniei ce marca locul pentru semnătură.

După ce am ieșit din salon, David mi-a spus că nu era sigur că așa trebuia procedat. Înainte de-a muri de emfizem pulmonar, mama lui stătuse mult timp la terapie intensivă, conectată la ventilator, iar de-atunci, tatăl său repetase în nenumărate rânduri că nu voia să i se întâmple vreodată și lui așa ceva. Acum însă, voia cu obstinație să facă „tot posibilul”. David n-a îndrăznit să-l contrazică.

Lazaroff a fost operat a doua zi. Îndată ce i s-a administrat anestezia, a fost întors pe partea stângă. Un specialist în chirurgie toracică a efectuat o incizie lungă, deschizând cavitatea toracică, dinspre zona frontală către cea dorsală, în lungul coastei a opta, și a fixat înăuntru un retractor, ca să mențină într-o parte plămânul comprimat. Se putea vedea până în planul posterior al toracelui, spre coloana vertebrală. Cea de-a zecea vertebra era înfășurată într-o formațiune cărnoasă, de dimensiunile unei mingi de tenis. A intervenit apoi neurochirurgul, care a început excizarea tumorii.

După două ore, nu mai rămăsese decât un singur punct de prindere, situat în zona osoasă a corpului vertebral. A utilizat atunci o pensă ciupitoare de os – un instrument rigid, cu un capăt de prindere – ca să efectueze un decupaj foarte fin la nivelul corpului vertebral, aidoma unui castor ce roade încet trunchiul unui copac; a reușit, în final, să îndepărteze vertebra și, odată cu ea, formațiunea respectivă. În vederea refacerii coloanei vertebrale, a amplasat în locul ei un mulaj dens din metacrilat, un material de cimentare cu structură acrilică, pe care l-a lăsat să se întărească. A verificat cu un dispozitiv special spațiul din spatele noii vertebre artificiale – rămăsese suficient. Operația durase peste patru ore, dar încetase definitiv presiunea asupra măduvei spinării. Specialistul în chirurgie toracică a închis la loc cavitatea toracică a domnului Lazaroff, lăsând în exterior un tub de cauciuc prin care urma să se realizeze reexpansiunea pulmonară, și pacientul a fost dus în secția de terapie intensivă.

Intervenția a constituit un succes din punct de vedere tehnic. Plămânii lui Lazaroff însă nu și-au reluat funcția normală și ne-am străduit din răsputeri să-l deconectăm de la ventilator. Pe parcursul zilelor următoare, deveneau tot mai rigizi, iar țesutul fibros se tot extindea, ceea ce impunea aplicarea unor presiuni mai mari pentru facilitarea respirației. Am încercat să-l menținem sub sedare, dar se trezea frecvent, într-o perpetuă stare de agitație. David îl veghea permanent, copleșit de sentimentul că nu-l putea ajuta. Mai multe radiografii succesive evidențiau agravarea afectării plămânilor, în interiorul cărora se formau continuu mici cheaguri de sânge. Pentru a preveni apariția altor asemenea trombi, i-am administrat un fluidizant sangvin. S-a declanșat apoi o ușoară hemoragie – nu eram siguri ce anume o provocase – și am fost nevoiți să-i facem, aproape zilnic, transfuzii de sânge. După o săptămână au apărut pusee de febră, dar nu puteam localiza sursa infecției. În cea de-a noua zi după operație, valorile mari ale presiunii aerului introdus prin ventilator au determinat producerea unor mici perforații la nivelul plămânilor. Ca să prevenim pierderea funcției pulmonare, a trebuit să efectuăm o incizie toracică, în vederea inserării unui nou tub pentru susținerea respirației artificiale. Menținerea pacientului în

viață implica eforturi și costuri enorme, dar rezultatele erau descurajante. Devenise tot mai clar faptul că totul era zadarnic. Era exact modul în care Lazaroff nu voia să moară țintuit la pat și sedat, cu trupul plin de tuburi, introduse în fiecare orificiu natural și în alte câteva artificiale, conectat la un ventilator. În cea de-a paisprezecea zi, David i-a spus neurochirurgului că ar trebui să renunțăm.

Neurochirurgul a venit să-mi dea vestea. M-am îndreptat spre locul rezervat lui Lazaroff, unul dintre cele opt spații destinate secției de terapie intensivă, dispuse semicircular în jurul unui punct de asistență medicală, fiecare dintre ele având în dotare o podea acoperită cu gresie, o fereastră și o ușă glisantă din sticlă, care o ferea de zgomotul exterior, dar nu și de privirile atente ale asistenților și infirmierilor. Am intrat încet, însoțit de o asistentă. Am verificat dacă era ajustat corect debitul perfuziei cu morfină. M-am apropiat de capul patului și, presupunând că m-ar fi putut auzi, i-am spus că urma să-i scoatem din gură tubul respirator. Am tăiat legăturile tubului și am dezumflat manșonul balonului care-l fixa la nivelul traheei. Am extras apoi tubul. A tușit de două ori, a deschis ochii pentru o fracțiune de secundă și i-a închis la loc. Asistenta i-a aspirat flegma acumulată în gură. Am oprit ventilatorul și în încăpere s-a instalat dintr-odată liniștea; nu se mai auzea decât sunetul respirației greoaie a lui Lazaroff. L-am privit cum se stinge. Mișcările respiratorii, din ce în ce mai slabe, au fost întrerupte de câteva ori de convulsii și au încetat definitiv. Mi-am lipit capătul stetoscopului de pieptul lui și i-am ascultat inima, până când bătăile ei au devenit imperceptibile. La treisprezece minute după deconectarea de ventilator, i-am comunicat asistentei să înregistreze decesul lui Joseph Lazaroff.

Mă gândeam că Lazaroff luase o hotărâre greșită. Dar nu din cauză că avusese o moarte atât de violentă. Deciziile bune pot avea consecințe negative (uneori, oamenii trebuie să-și asume riscuri teribile), tot așa cum cele proaste au, câteodată, rezultate bune („Mai bine norocos decât bun”, obișnuiesc chirurgii să spună, adesea). Credeam că Lazaroff făcuse o opțiune greșită pentru că

alegerea lui contravenea celor mai profunde convingeri personale – nu în sensul în care le percep eu sau oricine altcineva, ci așa cum le percepea el însuși. Înainte de toate, era evident faptul că-și dorea să trăiască. Era dispus să-și asume orice risc – chiar și pe cel al decesului – ca să rămână în viață. Îi explicasem însă că noi nu-i aveam cum să-i oferim în dar viața. Îi puteam da, în schimb, șansa de a-și păstra, în scurtul răgaz pe care-l mai avea, o minimă funcționalitate a părții inferioare a corpului – o alternativă foarte brutală pentru el, ce implica și probabilitatea unui sfârșit deplorabil. Dar nici nu ne auzea: respingând ideea paraliziei, părea să fie convins că era în stare să-și țină la distanță moartea. Există oameni care evaluează cu luciditate asemenea riscuri și-și încearcă norocul apelând la intervenția chirurgicală. Nu cred însă că Lazaroff făcea și el parte dintr-o astfel de categorie, fiindcă știu cât de tare îl speria perspectiva de-a muri la fel ca soția lui.

Am procedat oare greșit până și atunci când i-am prezentat alternativa operației? La ora actuală, crezul profesiei noastre ne-a racordat foarte puternic la imperativele implicate de autonomia pacientului. Sunt însă și momente – mult mai frecvente decât vrem să recunoaștem – când un doctor trebuie să-și ghideze pacienții, arătându-le care este cea mai bună opțiune pentru ei înșiși.

O asemenea abordare naște controverse. Oamenii sunt foarte suspicioși când au de-a face cu persoane care pretind că știu mai bine decât ei ce anume este în beneficiul lor. Dar un medic bun nu poate să stea, pur și simplu, deoparte în situațiile în care bolnavii iau decizii proaste sau în defavoarea lor înșiși – decizii ce contravin celor mai intime năzuințe.

Îmi aduc aminte de un caz petrecut în prima mea săptămână de stagiu. Eram de gardă în cadrul secției de chirurgie. Printre pacienții pe care-i aveam în grijă era și o femeie, în vârstă de vreo cincizeci de ani – o voi numi doamna McLaughlin –, care suferise, cu două zile în urmă, o operație abdominală majoră. Fusese incizată pe întreaga lungime a abdomenului. La braț i se introdusese o perfuzie intravenoasă prin care îi erau administrate fluide și medicamente antalgice. Recuperarea decurgea normal, dar pacienta nu voia să se dea jos din pat. I-am explicat de ce era vital să se ridice și să înceapă

să umble: preîntâmpina astfel riscuri serioase de instalare a pneumoniei, de formare a trombilor la nivelul venelor membrelor inferioare și de apariție a altor probleme. Nu era dispusă să accepte propunerea mea. Spunea că e obosită și că nu se simțea în stare să se ridice din pat. A înțeles că se expunea unor riscuri foarte mari? Da, mi-a răspuns, dar voia să fie lăsată în pace.

La vizita de după-amiază, rezidenta-șefă m-a întrebat dacă pacienta se sculase din pat. Ei bine, nu, i-am zis, a refuzat. Asta nu e o scuză, mi-a spus, la rândul ei, și m-a pus să mă întorc în salonul doamnei McLaughlin. Șefa mea s-a așezat pe marginea patului pacientei, abordând-o cu tonul prietenos al unui pastor de țară: „Bună ziua, cum vă simțiți?" A mai stat puțin de vorbă cu ea și-apoi, luând-o de mână, a îndemnat-o: „Ei, acum e timpul să ne dăm jos din pat." Și am privit-o pe doamna McLaughlin cum se ridică, fără nici cea mai mică ezitare, cum își proptește picioarele de podea și exclamă: „Până la urmă, n-a fost chiar atât de rău."

Începusem perioada de rezidențiat ca să deprind tainele chirurgiei. Credeam că asta nu însemna altceva decât însușirea unui repertoriu de mișcări și de proceduri implicate de efectuarea unei operații sau de stabilirea unui diagnostic. De fapt, mai era vorba și despre deprinderea manierei delicate de comunicare cu pacienții în momentele când trebuia luată o decizie – o activitate care, uneori, impunea familiarizarea cu propriul ei registru de gesturi și tehnici de lucru.

Imaginați-vă că sunteți medic. Vă aflați în cabinetul dumneavoastră de la clinică – unul dintre spațiile acelea înguste și neconfortabile, iluminate cu neon, având ca elemente de „decor" doar un poster cu o reproducere după Matisse, o cutie cu mănuși de cauciuc așezată pe un raft și o masă de consultații rece, cu suprafața capitonată, situată în centrul încăperii – și examinați o pacientă cu vârsta de aproximativ patruzeci de ani. Are doi copii, iar partenerul ei de viață lucrează la o firmă de avocatură din centru. Dacă avem în vedere împrejurările care-o aduseseră acolo și faptul că purta doar un halat de hârtie, reușea să-și țină cumpătul destul de bine. Când îi palpați sânii nu distingeți nicio formațiune sau anomalie.

Înainte de-a veni la dumneavoastră făcuse o mamografie și acum citiți raportul radiologului, în care scria: „Vagi calcificări punctiforme, grupate în cadranul superior extern al sânului stâng, neevidențiate clar de examinarea anterioară. Se recomandă biopsie, pentru a exclude posibilitatea prezenței unei tumori maligne.” În traducere: au apărut semnale de alarmă, care ar putea însemna cancer mamar.

Îi dați vestea. Îi spuneți că din datele pe care le aveți rezultă necesitatea efectuării unei biopsii. Îi scapă un geamăt ușor, după care își reia stăpânirea de sine. „Ori de câte ori vin să mă consultați, găsiți ceva de biopsiat”, spune pacienta. De trei ori în ultimii cinci ani, mamograma anuală indica existența unei zone de calcificări „suspecte”. De trei ori a fost condusă de chirurg în sala de operație, unde i-a prelevat o probă din acel țesut. Și tot de trei ori, examenul microscopic ul medicului anatomopatolog a dovedit că formațiunile în speță erau benigne. „Chiar nu știți când să vă opriți”, spune femeia. „Indiferent ce sunt acele puncte care tot apar mereu, s-a văzut clar că sunt normale.” Face o pauză și vă comunică decizia pe care-a luat-o. „N-o să mai fac încă o nenorocită de biopsie”, zice și se ridică, pregătindu-se să se îmbrace.

O lăsați să plece? N-ar fi o nesăbuință din partea dumneavoastră. În fond, e o persoană în toată firea. Iar biopsia nu e chiar o procedură minoră. Pe suprafața sânului stâng se văd cicatricile intervențiilor anterioare – una dintre ele are o lungime de aproape 7,5 cm. I se prelevase suficient de mult țesut ca să se observe că sânul stâng devenise mai mic decât cel drept. Și, este-adevărat, există mulți doctori care apelează prea frecvent la biopsie, excizând porțiuni de țesut mamar în cazul celei mai minore suspiciuni. Pacienții sunt, uneori, îndreptățiți să solicite mai insistent explicații sau o a doua opinie.

Cu toate acestea, calcificările respective nu sunt date echivoce. În general, ele indică realmente prezența unui cancer - chiar dacă nu se confirmă întotdeauna – și, de regulă, este vorba de un stadiu incipient, ce poate fi tratat. Acum, dacă ar fi să dăm o interpretare a ceea ce înseamnă să deții controlul asupra propriei vieți, oamenilor trebuie să li se permită să greșească. Când însă sunt în joc mize atât

de mari și o alegere proastă poate avea consecințe ireversibile, medicii resping ideea de-a rămâne pasivi. E momentul în care sunt tentați să insiste.

Așadar, insistați! Pacienta dumneavoastră e gata să iasă pe ușă. Ați putea s-o opriți din drum și să-i spuneți că face o mare greșeală; să-i țineți un discurs serios cu privire la cancer; să-i arătați cât de falsă era presupunerea că, dacă trei biopsii succesive erau negative, cea de-a patra nu putea fi decât tot negativă. Și, indiferent ce alternativă ați alege, i-ați pierde încrederea. Scopul dumneavoastră nu este să-i dovediți cât de mult greșește. Scopul este să-i oferiți șansa de-a ajunge singură să se răzgândească.

Iată ce-am observat că fac doctorii buni. Nu se reped imediat să-și spună părerea. Rămân în expectativă o vreme și-i lasă femeii răgazul să se îmbrace. O conduc până în biroul lor, ca să stea de vorbă în tihnă, într-un cadru mai prietenos și mai puțin antiseptic – cu scaune confortabile în loc de acea masă dură, cu un covor colorat în loc de linoleum. Și, adesea, nu se cufundă în fotoliul din spatele impunătorului birou din lemn de stejar, ci își trag un scaun și se așază lângă pacienta lor. Cum îmi zicea cândva un profesor de chirurgie, când stai aproape de bolnav, pe același nivel cu el, nu mai ești acel doctor grăbit, cu aerul de șef, care n-are niciodată timp de vorbe; iar pacientul nu se mai simte așa de constrâns și capătă sentimentul că sunteți de aceeași parte a baricadei cu el.

Nici chiar atunci, mulți medici nu încep să-și exprime grija excesivă sau să aducă tot felul de argumente. Dimpotrivă, unii își angrenează pacienții în ceea ce poate părea o conversație ciudată, aproape stereotipă, repetând, practic, cuvânt cu cuvânt, vorbele acestora. „Vă înțeleg punctul de vedere”, ar putea spune. „De fiecare dată când veniți la consultație, găsim ceva de biopsiat. Contururile observate pe mamografie se dovedesc mereu normale, dar tot facem biopsii.” Mulți doctori nu mai spun aproape nimic altceva până când nu sunt întrebați. Indiferent dacă este considerată o stratagemă sau, pur și simplu, o manieră deschisă de abordare a pacienților, o asemenea atitudine dă rezultate, oricât ar părea de uimitor, în nouă din zece cazuri. Oamenii simt că sunt ascultați și le place să constate că au avut prilejul să-și exprime convingerile și temerile. În acel

moment e posibil ca, în sfârșit, să dea curs pornirii de-a pune întrebări, de a-și face auzite îndoielile, chiar de a face apel la propria lor logică. Și, odată ce se întâmplă așa, tind să devină cooperanți.

Mulți sunt în continuare reticenți, iar când medicii consideră realmente că cineva se expune unui risc major, ei adoptă alte tactici, ce nu depășesc limitele decenței. Uneori fac apel la întăriri. Ar putea întreba „Să chemăm radiologul, ca să vedem ce părere are, de fapt?" sau „Cei din familia dumneavoastră sunt în sala de așteptare. De ce nu-i invitați înăuntru?" Ar putea, la fel de bine, să-i lase pacientului timp „să se mai gândească", știind că, deseori, oamenii oscilează și-și schimbă punctul de vedere. Alteori recurg la tactici mai subtile. Am văzut odată un doctor care avea de-a face cu un bolnav cardiac foarte încăpățânat: când i-a propus să renunțe la fumat, nici n-a vrut să audă de așa ceva; n-a mai scos niciun cuvânt, arătându-și, fără rezerve, profunda dezamăgire. S-au scurs șaizeci de secunde, după ceas. Când sunt consultați de un medic atent, grijuliu și, da, uneori dibaci, puțini pacienți „aleg", până la urmă, să nu-i urmeze recomandarea.

Este însă profund eronat să considerăm că această chestiune ține doar de arta manipulării pacienților: poate că este vorba de altceva când îi vedeți că se predau în fața autorității doctorului. Noua orientare în ceea ce privește autonomia pacientului este nevoită să recunoască o realitate surprinzătoare: adesea, pacienții nu-și doresc libertatea pe care le-o acordăm. Mai precis, le pare bine că le este respectată autonomia, dar a face uz de acest drept înseamnă să fie capabili să renunțe la el. Astfel, pacienții preferă, de regulă, să transfere altora responsabilitatea luării deciziilor medicale. Conform unui studiu, în cadrul căruia s-a constatat că 64% dintre participanții selectați din rândul publicului obișnuit credeau că vor să-și aleagă singuri tratamentul dacă ar urma să le fie depistat un cancer, numai 12% dintre persoanele cărora li s-a stabilit un asemenea diagnostic doreau cu adevărat acest lucru.

N-am înțeles decât recent cum funcționează un astfel de mecanism. Fiica mea cea mică, Hunter, s-a născut cu cinci

săptămâni înainte de termen și abia cântărea cu puțin peste două kilograme, iar după numai unsprezece zile de la venirea ei pe lume a încetat să mai respire. Sosise acasă de o săptămână și era bine. În acea dimineață însă, se trezise foarte agitată și-i curgea nasul. La o jumătate de oră după alăptare, a început să respire precipitat și zgomotos. Deodată, n-a mai respirat. Soția mea, cuprinsă de panică, a sărit imediat în picioare și-a încercat s-o trezească, iar Hunter a început să respire din nou. Am alergat amândoi într-un suflet cu ea la spital.

În cincisprezece minute eram deja într-o sală de consultații mare, luminoasă, din cadrul secției de primiri urgențe. Cu masca de oxigen pe față, starea lui Hunter nu era încă stabilă – avea în continuare peste șaizeci de respirații pe minut, ceea ce-i consuma întreaga energie; de îndată ce nivelul de oxigen din sânge i s-a normalizat, a reușit să respire singură. Doctorii nu erau siguri ce anume îi provocase simptomele. Putea să fie vorba de un defect cardiac, de o infecție bacteriană sau de un virus. I-au făcut radiografii, analize de sânge și de urina, i-au prelevat lichid cefalorahidian. Suspectau – corect, așa cum avea să se confirme – prezența unui virus respirator banal, căruia plămânii ei, atât de mici și de imaturi, nu-i putuseră face față. Dar rezultatele analizelor de laborator urmau să fie gata abia peste două zile, așa că au internat-o în secția de terapie intensivă. În acea noapte, organismul ei începea să dea semne de epuizare. A avut mai multe episoade de apnee – perioade de până la șaizeci de secunde de oprire a respirației, încetinire a bătăilor inimii, instalare a unei palori și imobilități îngrijorătoare –, dar și-a revenit de fiecare dată singură.

Trebuia luată o decizie. Era necesar să se recurgă la intubare, în vederea conectării la ventilator? Sau poate că era mai bine ca doctorii să aștepte mai întâi ca să vadă dacă își putea reveni fără asistență respiratorie? Ambele variante implicau riscuri. Dacă echipa de medici n-o intuba atunci, când situația era sub control, iar organismul ei ar fi „cedat” – putea să nu se mai trezească după următoarea pauză respiratorie –, se impunea, cu siguranță, o intubare de urgență, ceea ce era foarte dificil de realizat în cazul unui copil atât de mic. Era posibil să apară întârzieri, să nu fie

introdus corect tubul de intubație sau, datorită unei erori de procedură, să survină un traumatism al căilor aeriene, ce ar fi provocat obstrucția lor, iar lipsa oxigenului ar fi determinat, ulterior, afectarea creierului sau chiar moartea. Probabilitatea producerii unui asemenea dezastru era minoră, dar cât se poate de reală. Văzusem cu ochii mei astfel de cazuri. Pe de altă parte, nimeni nu vrea să conecteze pe cineva la un ventilator dacă nu este absolut necesar, cu atât mai puțin când e vorba de un copil mic. Apar frecvent efecte serioase și prejudicii mari, precum pneumonia sau colapsul pulmonar, ca în cazul lui Lazaroff. Și, așa cum vă vor povesti și oamenii care au trăit experiența respirației asistate de un aparat, o astfel de mașinărie pompează aerul în și din organismul dumneavoastră cu o forță teribilă, iar senzația creată nu e deloc confortabilă. Se administrează și sedative, dar asemenea medicamente produc și ele complicații.

Așadar, cine ar fi trebuit să facă alegerea? Din multe puncte de vedere, eu eram cel mai în măsură să decid asupra variantei optime. Eram tatăl pacientei, așa că îmi păsa mai mult decât oricărui alt cadru medical de riscurile asumate. Și, în plus, eram doctor, așa că înțelegeam toate aspectele în speță. Și mai știam cât de des se întâmpla ca erorile de comunicare, surmenajul și chiar supraestimarea propriei competențe să-i determine pe medici să ia hotărâri greșite.

Cu toate acestea, când echipa medicală a venit la mine ca să-mi vorbească despre intubarea lui Hunter, voiam ca decizia să fie luată de ei, de acei doctori pe care nu-i mai văzusem niciodată până atunci. Expertul în etică Jay Katz și alți specialiști au discreditat un asemenea tip de dorință, etichetându-l drept „regresie infantilă”. Mie însă o atare calificare mi s-a părut nemiloasă. Incertitudinile erau teribile și nu puteam suporta ideea că exista riscul să greșesc. Chiar dacă aș fi dat curs deciziei de care eram sigur că este cea mai bună în cazul fiicei mele, n-aș fi putut să trăiesc sub povara vinovăției în situația în care ceva n-ar fi mers conform estimărilor. Unii cred că pacienții ar trebui să fie presați să-și asume responsabilitatea propriilor decizii. Dar situația putea fi interpretată și ca un fel de paternalism abuziv. Pentru mine era vital ca

responsabilitatea să apese pe umerii doctorilor ei ar putea să suporte consecințele, fie ele pozitive sau negative.

I-am lăsat pe medici să hotărască. Au decis fără ezitare – mi-au spus că nu o vor conecta pe Hunter la ventilator. După care, cu ochii roșii de oboseală și stetoscoapele atârnate de gât, au trecut mai departe, către pacientul următor. Mă chinuia totuși o întrebare: dacă voiam să fie luată cea mai bună decizie în cazul lui Hunter, oare soluția optimă era, într-adevăr, renunțarea la atât de greu câștigată autonomie? Cari Schneider, profesor de drept și medicină la Universitatea din Michigan, a publicat recent o carte intitulată *The Practice of Autonomy (Exersarea autonomiei*), în care a examinat selectiv un noian de studii și date referitoare la procesul de luare a deciziei medicale, efectuând până și o analiză sistematică a relatărilor pacienților în legătură cu subiectul investigat. Autorul a constatat că, în cazul persoanelor bolnave, starea precară a sănătății nu le permitea, de cele mai multe ori, să ia decizii bune: erau mai mereu epuizate, nervoase, demoralizate sau abătute. Adesea, singura lor preocupare era să facă față durerilor, senzației de greață și oboselii; nu prea erau în stare să se gândească la decizii majore. Știam și eu cât de adevărate erau acele constatări. Nici măcar nu eram eu pacientul, și totuși nu puteam să fac nimic altceva decât să veghez la căpătâiul lui Hunter, să mă frământ sau să mă cufund într-o activitate care să mă distragă. Nu aveam suficientă putere de concentrare, nici energia necesară pentru a evalua adecvat opțiunile terapeutice.

Schneider a observat că, fiind mai puțin implicați emoțional, doctorii erau capabili să adopte o atitudine obiectivă, nealterată de incertitudini, și să judece lucrurile fără a fi influențați de temeri sau de legături sentimentale. Particularitățile mediului științific în care lucrează le disciplinează mecanismele decizionale. Au, de asemenea, avantajul „raționamentelor de grup” – a acelor norme bazate pe stăpânirea temeinică a literaturii științifice de specialitate și a practicii. Și mai au experiența necesară în acel domeniu, pe care eu, deși sunt medic, nu am cum să-l cunosc la fel de bine ca doctorii lui Hunter, care trataseră, până atunci, atâtea cazuri similare cu al ei.

În cele din urmă, fiica mea a reușit să supraviețuiască fără

suportul ventilator, chiar dacă recuperarea ei era lentă și, uneori, mai punea probleme. La un moment dat, la mai puțin de douăzeci și patru de ore după ce fusese transferată într-o secție obișnuită, starea ei s-a înrăutățit, determinându-i pe medici să o ducă înapoi la terapie intensivă, unde au ținut-o timp de zece zile. Iar ulterior, a mai stat încă două săptămâni în spital. Dar am luat-o acasă într-o formă excelentă.

E o artă să fii doctor, însă e o artă să fii și pacient. Ai nevoie de mult discernământ când vine vremea să te hotărăști dacă vei adopta o atitudine docilă sau, dimpotrivă, una refractară. Chiar și atunci când decid să nu decidă, pacienții ar trebui să le pună întrebări doctorilor și să insiste să li se ofere explicații. I-aș fi putut lăsa pe medicii lui Hunter să preia controlul, dar i-am determinat să-mi prezinte un plan foarte clar pentru situația în care organismul ei ar fi cedat. Mai târziu, mă îngrijora faptul că temporizau prea mult momentul introducerii hranei – nu i se dăduse nimic să mănânce timp de peste o săptămână, așa că i-am asaltat cu întrebări, voind să aflu de ce. Când au deconectat-o de la ventilator, în cea de-a unsprezecea zi de spitalizare, m-am enervat. I-am întrebat ce era rău în a o menține pe ventilație artificială. Sunt convins că eram încăpățânat, uneori până la absurd. Faceți tot ce puteți ca să evaluați cât mai obiectiv atât atitudinea cadrelor medicale care vă îngrijesc cât și propria dumneavoastră situație, încercând, pentru binele dumneavoastră, să nu fiți nici prea pasiv, nici prea insistent.

Rămâne totuși o problemă nelămurită: dacă și doctorii, și pacienții sunt suspuși greșelilor, atunci cine ar trebui să ia decizii? Vrem să avem o regulă clară. Așa că am hotărât ca pacienții să fie arbitrii finali. O reglementare atât de strictă pare a fi însă neavenită deopotrivă pentru relația medic-pacient și pentru contextul real al îngrijirii medicale, în care trebuie luate rapid sute de decizii. O mamă a intrat în travaliu: este indicat ca doctorul să-i dea hormoni pentru stimularea contracțiilor? Este necesară ruperea apei? Dar administrarea unei anestezii epidurale? Daca este, într-adevăr, indicată, atunci în ce etapă a travaliului este ea oportună? E nevoie de antibiotice? Cât de des trebuie să i se verifice unei mame

tensiunea arterială? Este utilă folosirea forcepsului de către doctor? Se impune efectuarea unei episiotomii? Dacă travaliul nu e suficient de rapid, este cazul să se recurgă la o operație cezariană? Nici medicul, nici pacientul n-ar trebui să ia astfel de decizii. În relațiile dintre ei se impune instituirea unei proceduri individualizate – un *modus operandi* pentru fiecare în parte.

Mulți specialiști în etică greșesc abordând chestiunea autonomiei pacientului ca pe un soi de valoare fundamentală în medicină, în loc să o perceapă doar ca pe un element la fel de important ca și altele. Schneider a observat că, în relația lor cu doctorii, pacienții pun cel mai mare preț nu pe autonomia *per se,* ci pe competența și pe serviabilitatea celor care-i îngrijesc. Iată însă că, deseori, atitudinea binevoitoare a medicului implică respectarea autonomiei bolnavilor, garantarea dreptului lor de-a deține controlul asupra hotărârilor vitale. Și mai poate presupune fie preluarea poverii deciziilor dificile, dacă pacienții nu vor să le ia ei înșiși, fie ghidarea lor în direcția cea bună, atunci când sunt dispuși să-și ia soarta în propriile mâini. Chiar și în această din urmă situație, există momente în care cea mai potrivită cale de a-ți arăta solicitudinea față de bolnavi constă în abordarea unei atitudini ferme și insistente în același timp, convingându-i fie să accepte o operație sau o terapie de care le e teamă, fie, dimpotrivă, să renunțe la un tratament chirurgical ori medicamentos în care-și puseseră toate speranțele. Numeroși specialiști în etică sunt de părere că un asemenea model de raționament este neadecvat și că medicina va continua să se lupte cu modul în care pacienții și doctorii ar trebui să ia decizii. Cum însă înregistrează o complexitate fără precedent și o largă deschidere către noile tehnologii, domeniul medical are ca principal obiectiv nu ostracizarea paternalismului, ci menținerea solicitudinii.

Și-acum, încă un caz, tot din perioada primului meu an de rezidențiat. Pacientul – îl voi numi domnul Howe – avea vreo treizeci de ani, era solid, chel și avea un aer tăcut, stângaci. Încercam, în timp ce vorbea, să-mi fac o idee despre modul lui de viață și mi-l imaginam ca pe un individ cu o muncă solitară, poate de programator sau de contabil. Se afla în spital datorită unei

infecții severe ale vezicii biliare, ce necesitase intervenție chirurgicală. Ori de câte ori îl vedeam, avea privirea tristă a unei persoane private de libertate și nu întreba niciodată nimic. Abia aștepta să iasă din spital.

Într-o după-amiază târzie de sâmbătă, să fi fost cam la trei zile după operație, am primit un apel pe pager de la asistenta care-l supraveghea. Făcuse un puseu de febră și avea dificultăți în respirație. Mi-a spus că nu arăta deloc bine.

Așa și era: transpira abundent, avea fața congestionată și ochii larg deschiși. Stătea cu corpul aplecat înainte, proptit pe brațele solide, respirând foarte greu. Avea o mască de oxigen, dar, deși era reglată pentru un debit maxim, valorile afișate de pulsoximetru abia indicau concentrații ale oxigenului în sânge apropiate de cele normale. Ritmul cardiac era de peste o sută de bătăi pe minut, iar tensiunea arterială mult prea scăzută.

O avea alături pe soția lui – o femeie micuță de înălțime, slabă, palidă, cu un păr negru, căzându-i moale pe umeri – care se legăna de pe un picior pe celălalt și-și ținea brațele strâns încrucișate la piept. L-am examinat pe domnul Howe, i-am recoltat sânge pentru analize și am rugat-o pe asistentă să-i administreze intravenos o doză mare de fluid, încercând, în tot acest răstimp, să arborez un aer degajat și ferm. Am ieșit apoi pe hol, ca s-o chem în ajutor pe K., rezidenta-șefă.

Când a răspuns apelului meu de pager, i-am relatat cazul în cele mai mici detalii. Cred că are o infecție, i-am spus. Uneori, o infecție bacteriană trece în sânge și induce o reacție sistemică foarte serioasă: febră mare și dilatarea vaselor sangvine periferice, ceea ce provoacă înroșirea pielii, scăderea tensiunii arteriale și accelerarea ritmului cardiac. O astfel de infecție poate apărea, de regulă, după o intervenție chirurgicală abdominală, ca urmare a infectării post-operatorii a plăgii. Dar în cazul lui, zona de incizie nu era nici roșie, nici umflată sau caldă, iar domnul Howe nu avea nici dureri abdominale. Plămânii lui, în schimb, funcționau aidoma unei mașini de spălat – asta era senzația pe care am avut-o când l-am auscultat cu stetoscopul. Poate că tot acest dezastru fusese declanșat de o pneumonie.

K. a venit imediat. Împlinise de curând treizeci de ani, avea aproape un metru și optzeci de centimetri înălțime, părul blond, tuns scurt și o alură atletică, debordând de energie. După ce i-a aruncat o privire lui Howe, i-a șoptit asistentei să țină la îndemână kitul de intubare. Începusem să-i administrez antibiotice, iar fluidele îi ameliorașeră puțin presiunea arterială, dar era în continuare pe debit maxim de oxigen și făcea eforturi mari să respire. K. s-a apropiat de el, i-a pus o mână pe umăr și l-a întrebat cum se simte. I-a luat câteva clipe până ce a reușit să-i răspundă. „Bine”, a zis Howe – un răspuns prostesc la o întrebare la fel de prostească, dar era un fel de-a înjgheba o conversație. K. i-a explicat care era situația: avea o infecție, cel mai probabil era vorba de pneumonie și exista riscul ca, înainte de-a începe să se simtă mai bine, starea lui să se înrăutățească. I-a mai spus că antibioticele aveau sa rezolve problema, dar nu imediat, și că va fi, foarte curând, epuizat. Ca să treacă în cele mai bune condiții de etapele neplăcute, va fi necesar să-l adoarmă, să-l intubeze și să-l conecteze la un aparat de respirație.

„Nu”, a rostit Howe, cu mare greutate, și s-a ridicat brusc. „Nu mă… legați… de o… mașinărie.”

Nu va dura mult, l-a încurajat K. Poate doar două zile. O să-i dăm sedative, ca să-i asigurăm permanent o stare cât mai confortabilă. Și – voia să fie sigură că pacientul o înțelegea – fără a fi asistat de ventilator, ar muri.

Domnul Howe a scuturat din cap. „Fără… mașinărie!”

Luase o decizie proastă, după părerea noastră – de frică sau, poate, fiindcă nu înțelesese în ce situație era. Aveam toate motivele să credem că tratamentul cu antibiotice și suportul respirator de înaltă performanță urmau să-i asigure o recuperare completă. Howe avea o mulțime de motive ca să-și dorească să trăiască – era tânăr și, lăsând la o parte problemele actuale, se bucura de o sănătate robustă, avea soție și copil. Aparent, așa considera și el, pentru că altfel n-ar fi fost de acord să facă operația inițială. Dacă n-ar fi fost atât de îngrozit de momentele prin care trecea, ne gândeam noi, ar fi acceptat tratamentul. Puteam oare să fim siguri că avem dreptate? Nu, dar dacă aveam, puteam să-l lăsăm să moară, pur și simplu?

K. s-a uitat spre soția lui Howe, care era paralizată de teamă și, încercând s-o câștige de partea noastră, a întrebat-o ce credea că ar trebui să facă soțul ei. Femeia a izbucnit în lacrimi. „Nu știu, nu știu”, rostea, printre sughițuri de plâns. „Nu-l puteți salva?” Și, nemaiputând suporta presiunea momentului, a ieșit din salon. K. și-a continuat, minute-n șir, pledoaria în fața lui Howe. Când s-a lămurit că n-o va scoate la capăt, s-a dus să-i telefoneze acasă chirurgului curant și s-a întors. În foarte scurt timp, starea lui Howe a început, într-adevăr, să se agraveze. Stătea întins pe spate, era palid, părul ud de transpirație i se lipise de creștetul capului, iar monitorul arăta o scădere continuă a valorilor concentrației de oxigen din sânge. A închis ochii și și-a pierdut treptat cunoștința.

Atunci, K. a intervenit prompt. I-a lăsat lui Howe capul pe spate până ce a ajuns la orizontală, ca și restul corpului. I-a solicitat unei asistente să aducă un tranchilizant și să i-l administreze intravenos. I-a aplicat apoi pacientului o mască facială, prin care i-a pompat oxigen în plămâni. I-am dat echipamentul de intubare și a reușit, dintr-o singură încercare, să-l introducă în tubul endotraheal. Am rulat apoi patul cu totul, spre lift, ca să-l ducem pe Howe în secția de terapie intensivă.

Ceva mai târziu, am găsit-o pe soția lui și i-am explicat că-l mutasem pe domnul Howe la terapie intensivă ca să-l conectăm la ventilator. Fără o vorbă, a pornit într-acolo, să-l vadă.

În cursul următoarelor douăzeci și patru de ore, plămânii lui funcționau din ce în ce mai bine. I-am mai redus sedativele și i-am retras suportul ventilator. S-a trezit, a deschis ochii și a sesizat tubul endotraheal. N-a opus niciun fel de rezistență.

„O să vă extrag acum tubul din gură, bine?” l-am anunțat A dat din cap în sens afirmativ. Am desprins legăturile și am dezumflat manșeta balonului, prin care fusese fixat tubul. L-am extras, iar pacientul a tușit puternic, de mai multe ori la rând. „Ați avut pneumonie”, i-am spus, „dar acum sunteți bine.”

N-am mai scos niciun cuvânt timp de câteva clipe, așteptând cu nerăbdare să-i văd reacția. A înghițit cu greutate, tresărind involuntar, datorită uscăciunii gâtului. M-a privit și, cu o voce răgușită, dar fermă, mi-a zis: „Mulțumesc.”

Cazul piciorului roșu

Însoțindu-l pe unul dintre profesorii mei de chirurgie la contravizita de după-amiază, am fost surprins să constat cât de des răspundea „Nu știu” la întrebările adresate de bolnavii internați în clinica sa. Sunt doar două cuvinte, atât de simple, pe care medicii însă sunt tentați adesea să nu prea le rostească. Ni se pretinde să avem răspunsuri la toate întrebările. Vrem să le avem. Dar în acea zi, n-a fost nevoit să spună cele două cuvinte doar accidental, unei singure persoane.

A fost, mai întâi, pacientul care fusese internat din nou, la două săptămâni de la efectuarea unei operații de corectare a herniei abdominale. „De ce am acea durere în zona tăieturii?” A urmat persoana care revenise după o lună de la intervenția de bypass gastric: „De ce n-am slăbit deloc până acum?” A mai fost și bolnava care avea o tumoră pancreatică de mari dimensiuni: „Puteți să mi-o scoateți?”

Tuturor însă, le-a dat același răspuns: „Nu știu.”

Orice medic trebuie să aibă totuși un plan. Așa că, pacientului operat de hernie i-a spus: „Vă rog să reveniți peste o săptămână și să vedem atunci dacă vă mai doare.” Pe cea cu bypass gastric a încurajat-o: „O să fie bine”; și i-a recomandat să revină luna următoare. Iar suferindei de cancer i-a zis: „Putem încerca s-o extirpăm” – și, deși un alt chirurg fusese de părere că nu era cazul (având în vedere aspectul imagistic al tumorii, aprecia colegul de breaslă, operația ar fi hazardată și riscantă), iar el însuși credea că șansele de reușită erau, cel mult, minime, a decis, de comun acord cu pacienta (care abia împlinise patruzeci de ani și avea patru copii minori acasă), să meargă până la capăt.

Cea mai complicată problemă cu care se confruntă medicina – din cauza căreia statutul de pacient devine atât de dureros, cel de doctor, atât de dificil, iar cel de membru al unei societăți obligate să

plătească taxele pe care le acumulează, atât de exasperant – este incertitudinea. Poate că e greu să-i sesizăm implicațiile cele mai profunde, în condițiile în care am ajuns la un asemenea grad avansat de cunoaștere a oamenilor, a bolilor lor și a modalităților de diagnostic și tratament ale acestora. Un doctor își dă seama însă că latura cea mai dificilă a îngrijirii pacienților constă, mult mai adesea, în confruntarea sa permanentă cu ceea ce nu știe decât cu ceea ce știe. Condiția de bază a medicinei este incertitudinea, iar abordarea individualizată a acesteia, indiferent dacă este vorba de pacienți sau de doctori, definește noțiunea de discernământ.

Iată, în continuare, istorisirea modului în care a fost luată o decizie într-un context marcat de incertitudine.

Era ora două, în după-amiaza unei zile de marți a lunii iunie. Ajunsesem la jumătatea unui stagiu de șapte săptămâni la urgență, în cadrul perioadei finale de rezidențiat în chirurgie. Tocmai completasem formularul de spitalizare a unui pacient cu infecție a colecistului și mă pregăteam să ies puțin ca să mănânc ceva, când m-a oprit unul dintre medicii de urgență, rugându-mă să mai consult încă un pacient: o tânără în vârstă de douăzeci și trei de ani, Eleanor Bratton, care avea un picior înroșit și umflat. (Numele pacienților și al colegilor din spital au fost schimbate.) „Probabil că e doar o celulită” – o infecție cutanată banală – „dar e un caz mai serios”, mi-a spus. Începuse să-i administreze intravenos un tratament cu antibiotice și a internat-o în secția medicală.

Voia însă să o consult și eu, ca să se asigure că nu era nicio problemă „chirurgicală” – un abces ce necesita drenaj sau altceva de acest fel. „Ești amabil să te uiți puțin?” Mormăi. Nu. Sigur că nu.

Pacienta se afla în secția de observare, un compartiment separat, mai liniștit, din cadrul departamentului de urgențe, unde putea să beneficieze de perfuzii cu antibiotice, în așteptarea unui loc liber într-un salon de la etaj. Cele nouă paturi ale secției, dispuse în semicerc, sunt separate între ele printr-o draperie albastră, subțire. Am găsit-o în patul nr. 1. Avea un aer sănătos, atletic, aproape adolescentin, un păr blond strâns într-o coadă de cal și unghii lăcuite în galben. Era cu ochii ațintiți la un televizor. Nu părea

câtuși de puțin să aibă vreo afecțiune gravă. Acoperită cu un cearșaf până la talie, stătea întinsă într-o poziție confortabilă, având capul patului ridicat. Mi-am aruncat privirea peste foaia de observație și am văzut că semnele vitale erau bune, nu avea febră și nici probleme medicale în antecedente. Am făcut câțiva pași spre patul ei și m-am prezentat: „Bună ziua, sunt doctorul Gawande. Simt rezident în ultimul an la chirurgie. Cum vă simțiți?" „Sunteți de la chirurgie?" m-a întrebat, cu un aer ce exprima deopotrivă uimire și îngrijorare. M-am străduit s-o liniștesc. Medicul de la urgență a fost „doar prudent", i-am zis, „și a vrut să vă văd ca să se asigure că nu e decât o celulită". Tot ce intenționam să fac era să-i pun câteva întrebări și să-i examinez piciorul. Putea să-mi spună ce se întâmplase? Nu mi-a răspuns imediat, încercând în continuare să înțeleagă ce se petrecea. A suspinat apoi și a început să-mi povestească.

În weekendul cu pricina se dusese acasă, la Hartford, Connecticut, ca să participe la o nuntă. (Cu un an înainte se mutase la Boston, împreună cu niște prietene; absolvise cursurile universitare în cadrul Ithaca College, iar în prezent se ocupa de organizarea conferințelor de lucru pentru o firmă de avocatură din centrul orașului.) Petrecerea de nuntă fusese grandioasă, iar ea își scosese pantofii din picioare ca să poată dansa întreaga noapte. A doua zi dimineață însă, s-a trezit cu durere la piciorul stâng. Pe partea superioară a labei piciorului avea o bășică, apărută cu o săptămână în urmă, datorită unor sandale nenorocite pe care le purtase, iar acum a observat că pielea din jurul ei era înroșită și umflată. La început, nu prea i-a acordat importanță. Când i-a arătat piciorul și tatălui ei, acesta și-a dat cu părerea că, poate, o înțepase o albină sau ceva pe care călcase în timpul dansului. În cursul aceleiași după-amiezi însă, pe drumul de întoarcere spre Boston, i-a spus prietenului ei: „Piciorul ăsta începe să mă chinuie groaznic." Roșeața s-a extins, iar pe parcursul nopții au cuprins-o frisoanele și transpirațiile – făcuse o febră de aproape patruzeci de grade. A luat din patru în patru ore Ibuprofen, care i-a scăzut temperatura, dar n-a avut niciun efect asupra durerii, ce devenise și mai puternică. Până dimineața, i se înroșise jumătate din gambă, iar laba piciorului

se umflase atât de tare, încât abia îi mai putea încăpea într-un pantof lejer de tenis.

Și-a făcut programare la doctor și, în după-amiaza aceleiași zile, pășea șchiopătând, sprijinită de umărul prietenului ei, în cabinetul medicului internist, care i-a stabilit diagnosticul de celulită. Aceasta este cea mai banală infecție a țesuturilor moi, subcutanate, provocată de trecerea (printr-o tăietură, o veziculă umplută cu lichid, prin înțepare ori altceva asemănător), dincolo de bariera naturală a organismului reprezentată de piele, a celor mai obișnuite bacterii din mediul înconjurător și proliferarea lor în noile condiții ambientale. Ca urmare, pielea devine roșie, fierbinte, umflată și dureroasă; apar o stare de rău, pusee de febră, iar infecția se poate propaga rapid la nivelul pielii – exact manifestările pe care le avea Eleanor. Doctorița i-a indicat și efectuarea unei radiografii, ca să se asigure că nu era și osul afectat. Mulțumită că nu era nicio problemă din acest punct de vedere, i-a administrat pe loc pacientei, intravenos, o doză de antibiotice, apoi o injecție antitetanos și i-a dat o rețetă pentru o cură de o săptămână cu antibiotice. O asemenea schemă terapeutică era, în general, suficientă în cazurile de celulită, i-a zis doctorița, dar a menționat că existau și excepții. A trasat apoi, cu un marker rezistent, conturul zonei înroșite de pe suprafața gambei lui Eleanor. I-a recomandat ulterior ca, în situația în care roșeața s-ar fi extins dincolo de linia de demarcație, să-i dea telefon. Și, indiferent de cum evoluau lucrurile, să vină a doua zi la control.

În dimineața următoare – chiar în această dimineață adică –, când s-a trezit, Eleanor a observat că roșeața depășise zona delimitată cu negru și migrase spre coapsă, iar durerea era mai insuportabilă ca oricând. I-a telefonat doctoriței, care i-a spus să meargă la urgență, explicându-i că era necesar să se interneze în spital ca să urmeze o cură completă de antibiotic cu administrare intravenoasă.

Am întrebat-o pe Eleanor dacă i se prelevase vreo probă de puroi din picior sau dacă i se făcuse un drenaj. Nu. Sesizase vreun miros greu sau o înnegrire a pielii? Nu. Îi apăruse vreo ulcerație cutanată? Nu. Mai avea febră? Nu, nu mai avea de două zile. Am prelucrat rapid în minte informațiile primite. Toate convergeau spre

diagnosticul de celulită. Ceva totuși mă alerta.

I-am cerut tinerei permisiunea să văd și eu erupția cutanată. Și-a dat la o parte cearșaful. Piciorul drept arăta foarte bine. Cel stâng, în schimb, era roșu – o nuanță intensă, cu un aspect uniform, îngrijorător – pe o zonă extinsă: de la nivelul părții superioare a labei piciorului, urca pe gambă și, trecând de conturul trasat cu markerul în ziua precedentă, se extinsese, parțial, și spre partea interioară a coapsei. Conturul era clar delimitat. Pielea era fierbinte și moale la palpare. Vezicula de pe partea superioară a labei piciorului era mică, iar țesutul cutanat adiacent era ușor învinețit. Nu erau afectate degetele mari, pe care le putea mișca fără dificultate. Mult mai greu îi era să-și miște piciorul – i se îngroșase, fiind umflat de la gleznă în sus. Nu avea niciun fel de rană deschisă sau purulentă.

Aspectul erupției cutanate era identic cu cel observat într-un caz tipic de celulită, care putea fi rezolvat, de regulă, cu tratament antibiotic. În mintea mea se cuibărise însă și o altă posibilitate – numai gândul la ea mi-a provocat fiori de groază. Totuși, nu avea un temei logic. Și eram perfect conștient de acest fapt.

Este de presupus că, în medicină, luarea deciziilor se bazează pe observații concrete și pe dovezi foarte bine fundamentate. Cu numai o săptămână în urmă însă, mă ocupasem de un caz pe care nu mi-l puteam alunga din gând. Era vorba de un bărbat sănătos, în vârstă de cincizeci și opt de ani, care, de trei sau patru zile, avea o durere din ce în ce mai intensă în partea stângă a toracelui, sub braț, unde prezenta o zgârietură provocată de o căzătură. (Din rațiuni ce țin de păstrarea confidențialității, unele detalii ce ar fi permis identificarea pacientului au fost modificate.) Ca să vadă despre ce era vorba, se adresase inițial clinicii ambulatorii a spitalului cel mai apropiat de domiciliul lui. S-a constatat că avea, la nivelul toracelui, o mică erupție cutanată, obișnuită și i-a fost prescris un tratament cu antibiotice pentru celulită. În cursul nopții, erupția s-a extins cu peste douăzeci de centimetri. Dimineața a avut un puseu de febră de aproape patruzeci de grade. Până în momentul când a revenit la camera de gardă a spitalului, porțiunea de țesut cutanat afectat

devenise insensibilă la durere și era acoperită de flictene. În foarte scurt timp, a intrat în stare de șoc. A fost transferat la spitalul meu, unde l-am dus direct în sala de operație.

Nu avea celulită, ci un tip de infecție foarte rar întâlnit și cu un risc letal teribil, cunoscut sub numele de fasciită necrozantă. Tabloidele au scris despre ea că este o boală provocată de „bacteriile devoratoare de came", iar termenul nu este deloc o exagerare. Incizia cutanată pe care am efectuat-o ne-a dezvăluit imaginea unei infecții extinse, cu mult mai gravă decât o prefigurau aparențele. Toți mușchii situați în partea stângă a toracelui, fie ei direcționați spre spate, umăr sau abdomen, deveniseră, sub invazia bacteriană, cenușii și moi, fapt ce impunea excizarea lor. În acea primă zi, am fost nevoiți să-i rezecăm până și pe cei intercostali, aplicând procedura de toracotomie posterolaterală, cunoscută și ca operație de tip „colivie". A doua zi a trebuit să-i amputăm brațul. O vreme am avut impresia că l-am salvat. Nu mai avea pusee de febră, iar specialiștii în chirurgie plastică i-au reconstituit toracele și peretele abdominal, prin transfer de mușchi și bucăți de goretex[{28}]. A apărut însă insuficiența mai multor organe: rinichii, plămânii, ficatul și inima au suferit, rând pe rând, o deteriorare progresivă. În cele din urmă, a murit. A fost unul dintre cele mai tulburătoare cazuri în care am fost implicat.

Iată ceea ce știm despre fasciita necrozantă: este foarte agresivă și avansează cu o rapiditate uluitoare. Ucide până la 70 % dintre cei pe care-i afectează. Niciunul dintre antibioticele cunoscute în prezent nu-i poate opri evoluția. Cel mai adesea, infecția este declanșată de o bacterie ce aparține speciei *Streptococcus* – mai precis, un streptococ de grup A (identificat și de noi, de altfel, în cultura de țesut prelevat de la pacient). Este un microorganism ce produce, de obicei, doar dureri în gât; există însă și unele tulpini care au un potențial patogen foarte accentuat, efectele lor asupra organismului uman fiind devastatoare. Nimeni nu știe de unde apar asemenea tulpini microbiene. Ca și în cazul celulitei, ele pătrund în piele prin plăgi cutanate cu dimensiuni ce variază de la cele ale unei incizii chirurgicale la mărimea unei tăieturi neînsemnate. (Din examinarea fișelor medicale ale pacienților s-a constatat că

afecțiunea apăruse fie datorită unei leziuni determinate de contactul pielii cu o suprafață textilă abrazivă, de o înțepătură de insectă, de un pumn „amical” în braț, de o tăietură într-o coală de hârtie, de varicelă, fie în urma recoltării unei probe de sânge sau a unei extracții dentare; la multe persoane, nici măcar nu este posibilă identificarea porții de intrare a agentului patogen.) În cazul de față, spre deosebire de cel al celulitei infecțioase, bacteriile nu invadează numai suprafața pielii, ci și straturile ei profunde, avansând rapid spre straturile exterioare ale mușchilor (fasciile) și devorând toate țesuturile moi pe care le întâlnesc în cale (cele adipoase, musculare, nervoase și conjunctive). Bolnavii au șanse de supraviețuire doar dacă se instituie precoce tratamentul chirurgical radical de excizie, ce necesită, frecvent, amputare. Oricum, de reținut este faptul că reușita, în astfel de cazuri, este condiționată de intervenția timpurie. Aproape întotdeauna, când apar indiciile sugestive ale unei invazii profunde – șocul, pierderea senzitivității, erupția cutanată extinsă –, persoana afectată nu mai poate fi salvată.

În timp ce-i examinam piciorul lui Eleanor, aveam sentimentul că sunt cam deplasat dacă am în vedere un asemenea diagnostic – de parcă mi-ar fi trecut prin minte, fie și numai pentru o clipă, faptul că în secția de urgență își făcuse apariția virusul ebola. Este adevărat că, în stadiile incipiente, o fasciită necrozantă poate avea un aspect identic cu cel al celulitei – aceleași caracteristici: roșeață, umflare, febră și număr crescut de leucocite. Dar există o veche zicală pe care am învățat-o în timpul facultății: dacă auzi zgomot de copite în Texas, gândește-te la cai, nu la zebre. Pe întreg teritoriul SUA sunt înregistrate, anual, cu precădere la persoanele în vârstă care au și boli cronice, doar circa o mie de cazuri de fasciită necrozantă, în timp ce numărul celor de celulită depășește simțitor cota de *trei milioane.* În plus, Eleanor nu mai avea febră; nu avea aerul unei persoane suferinde; și mai știu că mă lăsam influențat de un caz izolat, recent, bazat strict pe propriile mele observații și neverificat experimental. Ar fi fost extraordinar să avem la dispoziție măcar un singur test capabil să diferențieze cele două afecțiuni. Dar nu există niciunul. Singura modalitate prin care poate fi stabilit diagnosticul implică intrarea în sala de operație, incizarea pielii și explorarea

zonei expuse – nimeni nu vrea să propună în mod arbitrar o atare alternativă.

Iată însă că eu mă aflam exact într-o astfel de situație și mă gândeam ce să fac.

I-am spus lui Eleanor, în timp ce-i acopeream din nou picioarele cu cearșaful: „Mă întorc într-un minut.” M-am îndreptat spre un telefon cât mai îndepărtat de raza ei auditivă și l-am căutat pe Thaddeus Studdert, specialistul în chirurgie generală care era de gardă în acea zi. Mi-a răspuns de la sala de operație. I-am descris cât am putut de repede caracteristicile cazului. I-am spus că erupția cutanată se datora, cel mai probabil, unei banale celulite. Dar am menționat și posibilitatea ca diagnosticul să fie cel la care mă gândeam tot mai insistent: o fasciită necrozantă.

La celălalt capăt al firului s-a așternut, pentru o clipă, tăcerea.

„Vorbești serios?” m-a întrebat.

„Da”, i-am răspuns, încercând să nu fiu prea categoric. Am auzit ecourile vagi ale unui epitet scăpat printre dinți. Mi-a zis că o să urce la mine imediat.

În timp ce închideam telefonul, l-am văzut pe tatăl lui Eleanor, un bărbat ușor încărunțit, de vreo cincizeci de ani, care venise să-i aducă un sendviș și un pahar cu sifon. Sosise de dimineață, tocmai de la Hartford, și stătuse cu ea toată ziua, dar când trecusem pe la ea ca s-o consult, ieșise, așa cum avea să reiasă din discuția ulterioară, ca să-i aducă ceva pentru masa de prânz. Când am văzut pachetul din mâna lui, m-am repezit să-i spun că nu era „încă” momentul s-o lăsăm să mănânce sau să bea ceva. Reacția mea lăsa să se întrevadă dedesubturile situației. Nu era deloc cea mai fericită manieră de-a mă prezenta. A fost de-a dreptul șocat de ceea ce auzise de la mine, fiindcă știa că stomacul trebuie lăsat gol doar în situațiile în care pacientul urma să fie operat. Am încercat să mai îndulcesc lucrurile, zicând că abținerea de la consumul de alimente era doar „o procedură de rutină”, pe care o aplicam numai până la finalizarea evaluării. Efectul vorbelor mele s-a stins însă când Eleanor și tatăl ei l-au văzut intrând pe Studdert, echipat ca pentru operație, cu halat și bonetă.

A invitat-o să-i povestească și lui tot ce se întâmplase. I-a descoperit apoi piciorul, ca să-l examineze. Nu s-a arătat prea impresionat. Când am stat de vorbă numai noi doi, mi-a zis că, după părerea lui, acea erupție cutanată era doar „o formă urâtă de celulită". Dar putea fi sigur că nu era fasciită necrozantă? Nu, nu putea. În medicină, este o realitate faptul că a decide să *nu* iei o anumită măsură – să nu indici un test, să nu administrezi un antibiotic, să nu operezi pacientul – este cu mult mai dificil decât a opta pentru luarea ei. Odată ce ți s-a cuibărit în minte o ipoteză – mai ales una atât de înspăimântătoare ca aceea a fasciitei necrozante –, foarte greu mai renunți la ea.

Studdert s-a așezat pe marginea patului. Le-a spus, lui Eleanor și tatălui său, că toate aspectele relatate de ea, simptomele pe care le avea și examenul clinic corespundeau diagnosticului de celulita și era aproape sigur că despre asta era vorba. Exista, însă, și o altă posibilitate, foarte, foarte rar întâlnită. Și a continuat, pe un ton calm și blând, să le explice efectele serioase și dure ale fasciitei necrozante. Le-a pomenit despre „bacteriile devoratoare de came", de rata alarmantă a mortalității, de rezistența la tratament, dacă se mergea exclusiv pe varianta administrării de antibiotice. „Cred că e foarte puțin probabil să ai așa ceva", i-a spus lui Eleanor. „Aș zice că riscul ar fi" – a dat un procent la întâmplare – „cu mult sub cinci la sută." Dar, a continuat, „nu putem avea nicio certitudine dacă nu facem o biopsie". S-a întrerupt puțin, ca să le dea celor doi răgazul de-a se gândi la cele auzite. A început apoi să le explice în ce consta procedura – cum urma să preleveze o porțiune de circa doi centimetri și jumătate din piele și din țesutul subcutanat de la nivelul părții superioare a labei piciorului și, poate, și de la cel al gambei, în vederea examinării microscopice a probelor de către un medic anatomopatolog.

Eleanor a înlemnit. „E o nebunie", a spus. „Toată povestea asta n-are niciun sens." Avea un aer răvășit, aidoma unei persoane aflate pe punctul de-a se îneca. „De ce să nu așteptăm, mai întâi, să vedem dacă antibioticele dau rezultate?" Studdert i-a explicat că boala în speță nu făcea parte din categoria celor care îți permit să-i ajustezi tratamentul în timp, în funcție de răspunsul organismului la

medicație, ci trebuia acționat rapid, dintr-un stadiu incipient, ca să ai o șansă s-o tratezi. Eleanor n-a zis nimic; doar și-a scuturat capul, ațintindu-și privirile spre cearșaful care-i acoperea picioarele.

Și Studdert și eu ne-am întors spre tatăl ei, ca să vedem dacă avea ceva de spus. Tăcuse în tot acest răstimp, stând în picioare lângă patul fiicei lui, încruntat, cu mâinile încrucișate la spate, ca un om care încearcă să-și mențină poziția verticală într-o barcă aflată în mișcare. A vrut să afle detalii legate de procedurile specifice – cât urma să dureze biopsia (cincisprezece minute), ce riscuri implica (culmea ironiei, pericolul cel mai mare consta în producerea unei infecții profunde a plăgii), dacă cicatricile aveau să dispară în timp (nu), când trebuia făcută, dacă se opta în favoarea ei (în cel mult o oră). Și mai preocupat era să știe ce urma să se întâmple în cazul în care biopsia confirma prezența bolii. Studdert și-a reafirmat estimarea făcută inițial, potrivit căreia un atare risc era mai mic de cinci procente. A mai spus că, în eventualitatea în care acea minimă suspiciune se dovedea a fi reală, vom fi obligați „să îndepărtăm tot țesutul infectat”. A ezitat o clipă, înainte de-a continua: „Ceea ce poate însemna chiar o amputare”. Eleanor a izbucnit în plâns. „Nu vreau așa ceva, tată!” Domnul Bratton își ascundea cu greu îngrijorarea. Avea privirile ațintite undeva, departe, la câțiva kilometri distanță de locul unde ne aflam noi.

În ultimii ani, noi, cei care lucrăm în domeniul medicinei, am constatat cât de descurajantă este frecvența cu care s-a dovedit că greșim față de pacienți. Ca să fiu mai explicit, chiar și în situațiile în care există toate cunoștințele necesare adoptării celei mai adecvate conduite terapeutice, tot ni se întâmpla, de prea multe ori, să nu reușim s-o punem în practică. Evidentele erori de execuție de odinioară nu sunt deloc o raritate, iar în ceea ce privește deficiențele de sistem, defectele tehnologice și lipsa de competență a celor care le determină, abia am început să le recunoaștem, așa că perspectiva reducerii lor este încă foarte îndepărtată. Ca să nu mai vorbim de faptul că atâtea cunoștințe teoretice foarte valoroase pur și simplu nu au putut fi încă aplicate pe scară largă în practică. Se știe, de pildă, că pentru pacienții în cazul cărora este identificat un atac de

cord, o simplă aspirină poate reprezenta soluția salvatoare, iar un număr și mai mare de vieți ar putea fi salvat prin administrarea pe loc a unui trombolitic – un medicament ce dizolvă cheagurile de sânge. Cu toate acestea, un sfert dintre cei cărora ar trebui să li se dea o aspirină nu o primesc și jumătate dintre cei care ar putea beneficia de acțiunea salvatoare a unui trombolitic nu-l capătă. Pe ansamblu, proporția în care medicii respectă recomandările diferitelor ghiduri terapeutice bazate pe date experimentale variază foarte mult: în unele zone ale țării le aplică la 80% dintre pacienți, în timp ce în altele, la mai puțin de 20% dintre ei. În numeroase sectoare ale medicinei nu există, nici în prezent, acea sistematizare a responsabilităților care să ne ofere garanția că facem ceea ce știm să facem.

Nu e nevoie decât să stați puțin în preajma doctorilor și a pacienților, ca să vedeți că dificultatea cea mai mare și mai dureroasă cu care se confruntă medicii este reprezentată de gradul, încă foarte ridicat, de incertitudine cu privire la ceea ce ar trebui făcut în multe împrejurări. Există un cuantum considerabil de „zone gri” în medicină, și zi de zi ne confruntăm cu situații asemănătoare cu cea a lui Eleanor – în care, deși nu avem la dispoziție date științifice concludente referitoare la alternativele pe care le putem adopta, suntem nevoiți să luăm decizii. Care dintre pacienții cu pneumonie, de pildă, necesită spitalizare și care pot fi trimiși acasă? Care dureri de spate impun tratament chirurgical și pentru care sunt suficiente doar măsurile conservatoare? Care dintre pacienții cu erupții cutanate trebuie să fie abordați chirurgical și care dintre ei au nevoie doar de supraveghere sub tratament cu antibiotice? Pentru numeroase cazuri, răspunsurile pot fi evidente. Pentru multe altele însă, pur și simplu nu știm care ar fi soluția adecvată. Comisiile de experți solicitate să reevalueze deciziile medicale curente au constatat că, într-un sfert dintre cazurile de histerectomie, într-o treime dintre intervențiile de introducere a unui tub în urechea pacienților copii și în aceeași proporție din numărul celor de inserare a unui stimulator cardiac (ca să luăm doar trei exemple), nu existau date științifice în baza cărora să se poată stabili dacă procedurile în vigoare erau benefice sau nu pentru

fiecare dintre acei pacienți în parte.

Atâta vreme cât în medicină nu există algoritmi și date pertinente, validate experimental, care să-ți ofere o orientare cu privire la ceea ce ai de făcut, înveți să te ghidezi după propriul instinct când ești nevoit să iei decizii. Te bazezi pe experiența pe care ai acumulat-o și pe raționament. Și e foarte greu să rămâi impasibil în fața unei atari situații.

Cu două săptămâni înainte de-a o vedea pe Eleanor, consultasem o femeie care suferea de artroză; era foarte în vârstă (se născuse anterior datei la care Woodrow Wilson și-a început mandatul de președinte al SUA) și venise la spital datorită unei dureri abdominale ce radia spre spate. Am aflat că i se descoperise, recent, la nivelul abdomenului, un anevrism aortic, fapt ce m-a alertat imediat. Examinând-o cu mare grijă, i-am putut palpa anevrismul, o formațiune pulsatilă, moale, profundă. Era stabil, dar aveam convingerea că urma să se rupă foarte curând. Chirurgul vascular pe care l-am rugat să vină s-o vadă și el a fost de acord cu mine. I-am spus pacientei că singura opțiune salvatoare, în cazul ei, era intervenția chirurgicală neîntârziată. Am avertizat-o însă că era o operație majoră, ce implica, pe de-o parte, o lungă perioadă de recuperare în secția de terapie intensivă, urmată, foarte probabil, de continuarea îngrijirii în cadrul unui așezământ specializat pentru bătrâni (era încă dependentă fizic), iar pe de altă parte, un risc foarte mare ca rinichii să nu-i reziste și o probabilitate de deces de 10-20%. Nu știa ce să facă. Am lăsat-o cu familia, să se sfătuiască, și am revenit după un sfert de oră. A spus că nu va face operația. Tot ce voia era să meargă acasă. Trăise atâția ani, iar starea ei de sănătate nu mai era bună de foarte multă vreme. Își făcuse testamentul, iar timpul care-i mai rămăsese de trăit abia dacă mai încăpea într-o clepsidră. Familia era distrusă, dar hotărârea femeii era fermă și neclintită. Am completat o rețetă de medicamente pentru combaterea durerii, pe care urma să i le cumpere băiatul, iar după o jumătate de oră, pacienta a părăsit spitalul, fiind perfect conștientă de faptul că va muri. Am păstrat numărul de telefon al fiului ei și, după două săptămâni, l-am căutat acasă ca să văd cum făcuse față acelor împrejurări nefericite. La celălalt capăt al firului

am auzit însă vocea mamei lui. Am îngăimat un bună ziua și am întrebat-o cum se simte. Era bine, mi-a răspuns, și mi-a mulțumit pentru întrebare. Un an mai târziu, după cum aveam să aflu, era încă în viață și se bucura de aceeași independență fizică.

Trei decenii de cercetare în domeniul neuropsihologiei ne-au arătat că există numeroase feluri în care judecata umană este înclinată spre erori sistematice. Mintea omenească supraestimează pericolele clare, cade pradă rutinei și are un nivel neperformant de prelucrare a datelor fragmentare; este prea mult influențată de dorințe și de emoții, ba chiar și de anumite momente ale zilei; este afectată de ordinea în care sunt redate informațiile și de modul cum sunt prezentate problemele. Și dacă noi, doctorii, credeam cumva că pregătirea și experiența pe care le avem ne asigură „imunitatea" în fața unor asemenea surse de eroare, iată că iluziile noastre s-au spulberat de îndată ce oamenii de știință ne-au studiat la microscop comportamentul.

O paletă variată de cercetări au arătat că și judecata medicului este supusă acelorași fluctuații. Așa, de pildă, un studiu realizat de o echipă de specialiști din cadrul Medical College of Virginia (Facultatea de Medicină din Virginia) a constatat că medicii care solicitau, în cazul pacienților cu stare febrilă, efectuarea unor hemoculturi, supraestimaseră, într-o proporție dublă până la de zece ori mai mare, probabilitatea existenței unei infecții. Cele mai mari niveluri de suspiciune au fost observate la subiecții care consultaseră recent *alți* pacienți cu infecții ale sângelui. Într-un alt studiu, realizat la Universitatea din Wisconsin, au fost obținute dovezi ale unui efect Lake Wobegon („Lake Wobegon: unde femeile sunt puternice, bărbații, arătoși, iar copiii, supradotați"): majoritatea chirurgilor aveau convingerea că rata de mortalitate în rândul celor tratați de ei era sub valoarea medie. Un studiu efectuat la Facultatea de Medicină din cadrul Universității Case Western Reserve din Ohio a examinat atât precizia judecății medicilor, cât și încrederea lor în propriile raționamente, dar n-a găsit nicio corelație între cele două variabile analizate. S-a dovedit că doctorii cei mai siguri pe ei în ceea ce privește evaluarea cazurilor nu făceau estimări mai exacte decât cei mai puțin încrezători în capacitatea lor

de-a le analiza corect.

David Eddy, medic și expert în luarea deciziilor clinice, a trecut în revistă datele experimentale disponibile până în acel moment, realizând o serie de articole foarte vehemente pe această temă, publicate, cu aproape un deceniu în urmă, în *Journal of American Medical Association.* Iar concluzia pe care a formulat-o a fost nemiloasă. „Faptele dovedesc fără nici cel mai mic dubiu", scria el, „că multe dintre deciziile luate de medici sunt arbitrare – au un grad ridicat de variabilitate, nefiind susținute de nicio explicație clară. Cea mai îngrijorătoare implicație a unei atari stări de fapte este aceea că arbitrarul se traduce, cel puțin pentru unii pacienți, într-o îngrijire deficitară, care le-ar putea aduce și prejudicii câteodată."

În fața incertitudinii însă, ce altceva, în afară de propria sa judecată, are la dispoziție un medic – sau un pacient – pentru evaluarea situației respective? Am vorbit cu tatăl lui Eleanor la câteva luni de când o văzusem pe fiica lui și mi-a povestit prin ce trecuseră de atunci.

„Parcă acum avea un picior umflat și în numai cinci minute i se spunea că și-ar fi putut pierde viața", mi-a spus domnul Bratton.

Fusese, timp de șaptesprezece ani, proprietarul unui magazin de delicatese, iar acum era profesor la o școală de artă culinară din Hartford și nu cunoștea pe nimeni în Boston. Știa că spitalul nostru era afiliat Universității Harvard, dar își dădea seama foarte bine că o asemenea apartenență nu implica neapărat faptul că noi aveam un statut aparte. Eu nu eram decât rezidentul care se nimerise a fi de gardă în acea zi, iar Studdert, la fel, doar chirurgul de serviciu. Eleanor îl lăsase pe tatăl ei să preia problema, iar el încerca să evalueze întreaga situație. Existau unele indicii încurajatoare. Faptul că Studdert purta costumul și boneta de chirurg, că venise direct de la sala de operație păreau să sugereze experiență și competență. S-a și dovedit de altfel, ulterior, că văzuse destui pacienți cu fasciită necrozantă. Afișa și siguranță de sine, fără a încerca să-și intimideze interlocutorul, și explica totul pe îndelete. Singurul element care l-a surprins foarte mult pe Bratton era faptul că părea atât de tânăr. (Studdert avea, într-adevăr, doar treizeci și cinci de ani.)

„E vorba totuși de fata mea”, își amintește Bratton că se gândea în acele momente. „N-o exista și altcineva mai bun?” Apoi și-a dat seama ce avea de făcut. S-a întors spre Studdert și spre mine, adresându-ni-se pe un ton calm.

Ne-a spus doar: „Aș vrea și o altă opinie.”

Am fost de acord cu solicitarea lui, care nu ne-a deranjat defel. Nu pierdusem nicio clipă din vedere faptul că aveam de-a face cu un caz foarte complicat. Eleanor nu mai avea febră, nu lăsa impresia că ar avea o suferință deosebită și principalul motiv ce mă determinase să mă gândesc că ar fi fost vorba de bacteriile devoratoare de carne era faptul că văzusem acel caz teribil cu câteva săptămâni înainte. Studdert, la rândul lui, făcuse o estimare numerică a riscului de-a avea boala – „mult sub cinci procente” dar știam amândoi că era doar o presupunere (cuantificase probabilitatea și credibilitatea, dar cât de corect?), care mai era și foarte vagă pe deasupra (cât de *mult* sub cinci la sută?). Ne-am gândit că putea fi util să aflăm și opinia altcuiva.

Trebuia să mă întreb însă cât de mult i-ar fi folosit lui Bratton o asemenea alternativă? Ce-ar fi făcut dacă părerile erau diferite? Și dacă nu erau, n-ar fi planat aceleași suspiciuni? În plus, nimeni din familia lui Bratton nu avea la cine să apeleze, așa că *noi* am fost cei întrebați dacă le puteam sugera pe cineva.

Le-am recomandat să-i dea un telefon doctorului David Segal, un chirurg plastician din spitalul nostru, care, ca și Studdert, văzuse anterior cazuri similare. Au fost de acord. L-am căutat pe Segal. A coborât la noi în câteva minute. În final, din câte mi-am dat eu seama, cel mai important lucru pe care l-a oferit lui Eleanor și tatălui ei a fost încrederea.

Segal avea un aer neglijent și o ținută așijderea, halatul îi era veșnic plin de urme de pix, iar ochelarii păreau prea mari pentru fața lui. Dintre toți chirurgii plasticieni cunoscuți de mine, e singurul care arată de parcă și-ar da doctoratul la M.I.T. (Massachusetts Institute of Technology – Institutul de Tehnologie Massachussetts) (ceea ce, prin forța împrejurărilor, chiar așa era). Părea însă, după cum avea să aprecieze Bratton mai târziu, „nu prea

tânăr”. Și nu a contrazis ceea ce spusese Studdert. A ascultat relatarea lui Eleanor, i-a examinat cu atenție piciorul, după care a afirmat că și pe el l-ar surprinde o eventuală confirmare a infectării ei cu bacteriile ucigașe. A admis însă că o atare posibilitate nu putea fi exclusă. Așadar, ce altă alternativă ar mai fi în afara de biopsie?

De data aceasta, Eleanor și tatăl ei au hotărât să dea curs sugestiei medicului. „Atunci, să nu mai amânăm”, a spus fata. I-am adus la semnat formularul de consimțământ pentru intervenția chirurgicală. Precizasem faptul că procedura era o „biopsie a extremității inferioare stângi”, dar la riscuri îl menționasem și pe acela că „poate implica necesitatea amputării”. La vederea acelor cuvinte, a izbucnit într-un plâns puternic. Am lăsat-o singură cu tatăl ei. A durat câteva minute până s-a simțit în stare să semneze. Am și aranjat să fie adusă în sala de operație. O asistentă l-a condus pe tatăl ei în sala de așteptare. I-a telefonat mamei lui Eleanor pe mobil. S-a așezat apoi, și-a plecat capul și a început să se roage pentru fiica lui.

Există și o altă modalitate de luare a deciziilor în medicină, susținută de un grup restrâns, dar combativ de reprezentanți ai acestui sector profesional. Strategia respectivă, utilizată de multă vreme în sfera afacerilor și în cea militară, este denumită analiză decizională. Are principii foarte clar formulate și presupune notarea, pe o coală de hârtie (sau pe computer), a tuturor opțiunilor pe care le aveți în vedere, precum și a posibilelor consecințe ale fiecăreia dintre ele, sub forma unui arbore decizional. Faceți o estimare numerică a probabilității fiecărui rezultat în parte, pe baza unor date concludente – când le aveți, iar când nu dispuneți de așa ceva, puteți apela și la aproximări. Evaluați apoi fiecare rezultat în funcție de gradul relativ de atractivitate (sau de „utilitate”) pentru pacient, înmulțiți numerele obținute pentru fiecare opțiune și îl alegeți pe acela care are cea mai mare „utilitate previzionată”. Printr-un asemenea demers se urmărește ca procesul decizional medical să se bazeze pe un raționament clar, logic, ghidat de date statistice, și nu doar pe intuiția practicianului. Așa s-a stabilit oportunitatea recomandării unei mamografii anuale tuturor femeilor care au

depășit vârsta de cincizeci de ani și tot așa s-a decis, de către guvernul SUA, sprijinirea economiei Mexicului într-un moment de colaps al acesteia. Și-atunci, se întreabă susținătorii conceptului, de ce nu s-ar aplica aceleași principii și în ceea ce privește individualizarea deciziilor în cazul fiecărui pacient în parte?

Am încercat, de curând, să „extrag din arborele decizional" (cum s-ar exprima simpatizanții teoriei în speță) alegerea potrivită pentru Eleanor. Nu erau decât două opțiuni: cea pentru biopsie și cea împotriva procedurii. Consecințele fiecăreia dintre ele deveneau însă foarte complicate: fără biopsie, evoluție bună; nu se face biopsie, se temporizează diagnosticul, pacienta este operată, dar supraviețuiește; fără biopsie, bolnava moare; se optează pentru biopsie, care se soldează doar cu o cicatrice asociată cu sângerare; se face biopsia, se confirmă boala și se amputează piciorul, dar pacienta, oricum, moare; și așa mai departe. După ce am notat toate posibilitățile și consecințele, arborele meu decizional arăta, mai degrabă, ca o tufă. A atribui câte o probabilitate fiecărei întorsături a sorții părea o pură speculație. Am găsit în literatura de specialitate toate datele relevante posibile, pe care am încercat apoi să le extrapolez cât mai mult. Iar stabilirea gradului relativ de atractivitate al rezultatelor părea imposibil, chiar și după ce am discutat cu Eleanor despre ele. Perspectiva decesului este mai probabilă decât cea a unei evoluții bune? De câte ori? De o sută de ori, de o mie de ori, de un milion de ori? Unde se plasează o cicatrice și sângerarea? Oricum, după părerea experților, acestea sunt considerațiile primordiale, iar când luăm decizii pe baza propriului nostru instinct, susțin tot ei, nu facem altceva decât să transpunem în realitate estimările schițate pe hârtie.

S-a dovedit însă că elaborarea unei analize sistematice într-un interval de timp rezonabil este imposibilă. Celor doi experți în decizii le-a luat doua zile – nu câteva minute, cât am avut noi la dispoziție în care au existat numeroase momente de du-te vino, până să ajungă la o concluzie. S-a găsit totuși un răspuns. Potrivit arborelui decizional, *nu* ar fi trebuit să ducem pacienta la sala de operație în vederea practicării biopsiei. Exista o probabilitate prea scăzută ca supoziția mea inițială să fie corectă și una prea mare ca

depistarea bolii într-un stadiu precoce să nu schimbe situația. Logica indica deci că biopsia nu putea fi justificată.

Nu știu cum am fi valorificat atunci informația respectivă. Oricum, nu aveam la îndemână arborele decizional. Și am purces la sala de operație.

Anestezistul a adormit-o pe Eleanor. O asistentă i-a aplicat o soluție antiseptică pe picioare, de la vârful degetelor până spre coapse. În continuare, cu un bisturiu mic, Studdert a practicat o incizie, dinspre zona de pe partea superioară a labei piciorului unde se formase vezicula și până spre tendon, excizând o porțiune elipsoidală de piele și țesut, lungă de aproape doi centimetri și jumătate. Proba a fost introdusă într-un recipient cu ser fiziologic steril și trimisă rapid la laboratorul de anatomopatologie. Am prelevat apoi, din centrul porțiunii înroșite a gambei – de la nivelul mai profund, al musculaturii –, și o a doua mostră, pe care am trimis-o, de asemenea, la analiză.

La prima vedere, nimic din ceea ce am găsit sub piele nu era în măsură să ne alarmeze. Stratul adipos avea o colorație gălbuie, așa cum era și normal, iar mușchiul avea un aspect roșiatic, sănătos, cu vascularizație adecvată. Totuși, când am făcut prelevarea celei de-a doua probe, vârful pensei a alunecat nefiresc de ușor pe lângă mușchiul gambei, de parcă bacteriile și-ar fi croit drumul pe-acolo înaintea noastră. Nu era încă un fapt concludent, dar l-a surprins foarte tare pe

Studdert, care a exclamat, vădit nedumerit: „Fir-ar să fie!” Și-a scos mănușile și halatul, ca să vadă ce găsise anatomopatologul. Am ieșit și eu îndată după el, lăsând-o pe Eleanor adormită, sub supravegherea altui rezident și a anestezistului.

O evaluare histopatologică de urgență poartă denumirea de examen histopatologic extemporaneu. Camera unde se efectuau astfel de proceduri, situată la numai câteva uși mai încolo, pe hol, era mică; avea dimensiunile unei bucătării, iar în mijloc trona o masă înaltă de laborator, cu blat din ardezie neagră; în apropierea ei se afla un recipient cu azot lichid, folosit pentru înghețarea rapidă a probelor de țesut trimise de noi. Lângă unul dintre pereți era

amplasat microtomul, utilizat pentru realizarea unor secțiuni tisulare foarte subțiri, de numai câțiva microni, în vederea examinării lor la microscop. Am intrat exact când medicul specialist terminase de pregătit probele. A luat lamele de sticlă pe care fixase preparatul și a început să le exploreze pe rând, metodic, crescând progresiv mărirea microscopului. Minutele se rostogoleau, unul după altul, în tăcere.

„Nu știu ce să zic", a murmurat, preocupat, anatomopatologul, examinând în continuare preparatele. După părerea lui, aspectul probelor era „relevant pentru diagnosticul de fasciită necrozantă". Nu l-ar putea confirma însă până ce nu afla și opinia unui specialist în domeniul dermatopatologiei, care are cea mai mare experiență în evaluarea stării de sănătate a pielii și a țesutului moale. Acesta și-a făcut apariția abia după douăzeci de minute și am așteptat tensionați, încă cinci minute, să-și dea verdictul. „Da, are", ne-a anunțat, cu un ton sardonic. Depistase niște pete colorate, discrete, în zonele unde straturile profunde ale țesutului începuseră să se necrozeze. „Nicio formă de celulită n-ar putea avea un asemenea efect", ne-a spus.

Studdert s-a dus la tatăl lui Eleanor. Când a intrat în sala de așteptare, înțesată de lume, Bratton i-a surprins imediat expresia feței și-a izbucnit: „Nu vă uitați la mine așa! *Nu vă uitați la mine așa!"* Studdert l-a condus într-o încăpere alăturată unde puteau sta de vorbă în liniște, a închis ușa în urma lor și i-a spus că fiica lui avea, într-adevăr, boala pe care o suspectau. I-a zis că, în consecință, trebuia să acționeze rapid. Nu era sigur că-i va putea salva piciorul și nici nu avea siguranța că va reuși să-i salveze viața. Va fi nevoit să practice o incizie mare, pe toată lungimea piciorului, ca să vadă cât de puternic era afectat, urmând ca, în funcție de ce va găsi, să decidă ce măsuri se impuneau în continuare. Bratton era copleșit de disperare, plângea și se străduia din răsputeri să-și găsească forța de-a articula măcar un cuvânt. Studdert avea și el ochii scăldați în lacrimi. Bratton a avut puterea de a-i spune: „Faceți ce-aveți de făcut!" Studdert a dat din cap, încuviințând, și a ieșit repede. Bratton i-a telefonat imediat soției. I-a dat vestea și-a așteptat să primească un răspuns. „N-o să uit toată viața ceea ce-am auzit la

celălalt capăt al firului”, avea să-și amintească la un moment dat. „Era ceva, ceva ce semăna cu un sunet, dar pe care n-o să fiu niciodată în stare să-l descriu în cuvinte.”

În medicină, ca și în orice alt domeniu, deciziile se complică deseori. Nu apucați să faceți o opțiune urmând una dintre căi, că vă și treziți din nou cu o nouă opțiune în față. Întrebarea crucială care se punea acum era ce trebuia făcut, în sala de operație, Segal s-a oferit să-l ajute pe Studdert. Au practicat o incizie mare, de la baza degetelor mari ale labei piciorului, în lungul gleznei, până sub genunchi, ca să vadă ce se ascundea înăuntru. Au efectuat o deschidere largă, prinzând cele două margini ale inciziei cu câte un retractor.

Prezența bolii era acum cât se poate de evidentă. Atât la nivelul labei piciorului cât și al gambei, fascia mușchilor avea o colorație cenușie și era necrozată, iar în exterior se prelingea un fluid brun, cu miros fetid. (Mostrele de țesut și culturile microbiene aveau să confirme, ulterior, existența unei infecții provocate de o bacterie patogenă din specia *Streptococcus* din grupa A, ce avansa rapid spre partea superioară a piciorului.)

„M-am gândit să facem o BKA” (*below-knee amputation*, amputare sub genunchi), spune Studdert, „sau chiar la o AKA” (*above-knee amputation* – amputare deasupra genunchiului). Nimeni nu i-ar fi imputat faptul că a luat o asemenea decizie, indiferent pe care dintre cele două variante ar fi ales-o. Și-a dat seama însă că nu poate continua. Își motivează ezitarea: „Era o fată atât de tânără.” „Poate părea dur ceea ce spun, dar dacă era vorba de un bărbat în vârstă de șaizeci de ani, i-aș fi tăiat categoric piciorul.” Cred că atitudinea lui reflecta, pe de-o parte, un refuz pur emoțional de-a amputa membrul inferior al unei fete drăguțe de numai douăzeci și trei de ani – acel soi de sentimentalism generator de necazuri. Pe de altă parte însă, era vorba, din nou, de glasul instinctului, care-i dicta că tinerețea ei și starea generală de sănătate bună i-ar fi putut îngădui să obțină un rezultat terapeutic bun recurgând doar la excizarea porțiunii de țesut cel mai grav afectate (o procedură denumită „debridare”), urmată de curățarea minuțioasă a întregii zone. Era

oare oportun să-și asume un asemenea risc, în condițiile în care prin piciorul lui Eleanor circula în voie una dintre bacteriile cu cel mai puternic potențial letal cunoscute de om? Cine știe? Studdert însă și-a asumat acel risc.

Timp de două ore, cu ajutorul foarfecelor și a electrocauterului, a tăiat și excizat, împreună cu Segal, straturile exterioare necrozate ale întregului mușchi afectat. Au înlăturat o porțiune de țesut ce reprezenta trei sferturi din zona respectivă. Pielea de pe picior era răsfrântă, de-o parte și de alta a axului piciorului, ca o haină descheiată. Ceva mai sus, în interiorul gambei, au dat de fascii roz-deschis, cu un aspect foarte sănătos. Au turnat pe întreaga suprafață a plăgii deschise doi litri de ser fiziologic steril, încercând să elimine astfel cât de mult posibil din încărcătura bacteriană existentă.

Când au terminat, starea lui Eleanor părea stabilă. Tensiunea arterială i se menținea la valori normale; la fel și temperatura corporală și concentrația sangvină a oxigenului. Iar piciorul ei scăpase de acea porțiune de țesut care arăta cel mai rău.

Ritmul cardiac era însă cam alert – o sută douăzeci de bătăi pe minut –, ceea ce arăta că infecția bacteriană îi provocase o reacție sistemică. Era necesară, prin urmare, administrarea intravenoasă a unor cantități mari de fluid. Piciorul fetei părea complet devitalizat. Iar pielea ei avea în continuare acea colorație roșie-aprinsă datorată infecției.

Studdert și-a menținut ferm decizia de-a nu mai exciza nicio porțiune de țesut în plus, dar era lesne de observat că nu avea sufletul împăcat. S-a sfătuit cu Segal și au ajuns la concluzia că mai puteau încerca aplicarea unei terapii experimentale cu oxigen hiperbaric, ce implica plasarea lui Eleanor într-o incintă presurizată, aidoma celor folosite pentru recuperarea scafandrilor care prezintă simptome de decompresie – o idee pe cât de năstrușnică la prima vedere, pe atât de puțin ridicolă. Celulele imune au nevoie de oxigen pentru distrugerea eficientă a bacteriilor, iar menținerea unei persoane, timp de mai multe ore pe zi, într-un spațiu etanșat, în care presiunea aplicată o depășește de cel puțin două ori pe cea atmosferică, crește uluitor de mult concentrația oxigenului din țesuturi. Pe Segal îl impresionasem rezultatele obținute, nu demult,

prin utilizarea unei asemenea terapii în cazul a doi dintre pacienții săi care prezentau infecții profunde ale unor plăgi provocate de arsuri. Este adevărat că studiile efectuate până atunci nu dovediseră faptul că procedura ar fi eficientă și în tratarea fasciitei necrozante. Dar dacă ar fi? Am subscris cu toții, fără rezerve, la ideea folosirii ei neîntârziate. Cel puțin, ne dădea sentimentul că facem, efectiv, ceva ce ar putea transforma acea infecție urâtă într-o simplă amintire.

La noi nu exista nicio cameră hiperbarică, dar știam ce spital din oraș avea în dotare așa ceva. Cineva a pus mâna pe telefon, iar în câteva minute aranjaserăm transportul lui Eleanor, sub supravegherea uneia dintre asistentele noastre, într-o ambulanță care-i asigura, timp de două ore, un aport de oxigen sub o presiune de 2-5 atmosfere. I-am lăsat plaga deschisă, pentru a facilita drenajul, am introdus tifon umed, ca să evităm deshidratarea țesuturilor, după care am aplicat bandaje albe la exteriorul piciorului. Înainte de a-i da drumul, am mai trecut cu ea pe la terapie intensivă, pentru ultimele verificări, ca să ne asigurăm că starea ei va rămâne stabilă pe timpul transportului.

Se făcuse opt seara. Eleanor s-a trezit cu senzație de greață. Avea dureri. Văzând însă atâtea asistente și doctori în jurul ei, și-a dat seama imediat că era ceva în neregulă.

„O, Doamne, piciorul meu!”

A întins mâna spre el și, cuprinsă de panică, a avut impresia, preț de câteva momente, că nu-l găsește. Treptat, s-a convins că reușește să-l vadă, să-l simtă, să-l miște. Studdert i-a pus mâna pe braț și i-a explicat ce constatase în timpul operației, ce făcuse și ce urma să facă. A primit informațiile cu mult mai mult curaj decât credeam că are. Îi sosise întreaga familie și arătau cu toții de parcă ar fi fost loviți de un SUV. Dar Eleanor și-a tras la loc cearșaful care-i acoperea piciorul și și-a ațintit privirea spre spoturile luminoase verzi și oranj ale monitoarelor și spre perfuziile montate la ambele brațe, spunând doar „OK”.

Camera hiperbarică în care a stat în acea noapte era, conform propriei sale descrieri, „ca un coșciug de sticlă”. Stătea întinsă înăuntru pe o suprafață îngustă, fără niciun suport lateral, ceea ce-o obliga să-și țină brațele fie pe lângă corp, fie încrucișate la piept; la

o distanță de treizeci de centimetri de față era amplasat un panou din plexiglas, iar deasupra capului, un hublou de alimentare, menținut etanș de un dispozitiv circular masiv. Pe măsura ce presiunea creștea, urechile îi pocneau de parcă ar fi plonjat în ocean, la mare adâncime, iar doctorii o preveniseră că, îndată ce era atins un anumit nivel, incinta se bloca. N-ar fi putut s-o scoată de acolo nici dacă ar fi vomat, întrucât coborârea presiunii trebuia să fie efectuată treptat, ca să evite simptomele de decompresie, care aveau un risc letal. „Cineva a făcut o criză de epilepsie", își amintește că-i spuseseră medicii. „Au reușit să-l scoată abia după douăzeci de minute." Captivitatea și starea de râu ce întrecea orice imaginație îi creau un sentiment de izolare și de înstrăinare. Sunt singură aici, doar cu bacteriile, își zicea în sinea ei.

În dimineața următoare am dus-o în sala de operație, ca să vedem dacă se propagase infecția. Da, bacteriile continuaseră să ucidă, astfel că aproape toată pielea de la nivelul labei piciorului și al părții frontale a gambei fusese cuprinsă de cangrenă și se înnegrise. Trebuia excizată imediat. Aceeași soartă urmau s-o aibă și marginile fasciilor pe care le lăsasem intacte și care acum erau necrozate. Întregul mușchi, în schimb, era viabil. Iar bacteriile încă nu migraseră spre coapsă. I-am badijonat din nou interiorul plăgii cu tifon umed și am trimis-o înapoi, la spitalul unde trebuia să continue terapia cu oxigen hiperbaric – două ședințe zilnice a câte două ore.

Am ajuns să-i operăm piciorul de patru ori în decurs de patru zile. Fiecare intervenție impunea înlăturarea unei noi porțiuni de țesut mort, care era însă, de fiecare dată, din ce în ce mai mică. La a treia operație am constatat că pielea nu mai era la fel de roșie ca la început. La a patra intervenție, roșeața dispăruse, iar în interiorul plăgii se vedeau deja primele semne ale refacerii țesuturilor. Abia atunci s-a încredințat Studdert că Eleanor supraviețuise – și nu numai ea, ci și piciorul ei.

Uneori nu știm cum să interpretăm succesele pe care le obținem grație intuiției noastre. Ele nu prea sunt rodul gândirii logice. Dar nici numai al norocului.

Gary Klein, un specialist în domeniul psihologiei cognitive care

și-a consacrat întreaga activitate studierii comportamentului persoanelor expuse în mod constant efectelor incertitudinii, relatează una dintre experiențele sale profesionale, și anume cazul unui comandant de pompieri. Locotenentul descinsese, împreună cu echipa lui, la locul unui incendiu aparent banal, produs în interiorul unei locuințe cu un singur etaj. Și-a direcționat oamenii spre ușa din față, iar el a abordat obiectivul dinspre bucătăria din spatele casei. Au încercat să stingă focul cu apă. Flăcările însă veneau mereu în forță spre ei. Au mai făcut o încercare, tot aproape zadarnică. Echipa s-a retras atunci câțiva pași, urmărind să schimbe direcția de atac. Apoi, dintr-odată, spre uimirea tuturor, locotenentul le-a ordonat să părăsească imediat clădirea. Ceva – nu-și dădea seama ce anume – nu era în ordine. Așa simțea. Abia a apucat să iasă și ultimul dintre ei, că etajul unde se aflaseră s-a prăbușit Aveau să constate că focul izbucnise de la subsol, nu din spatele clădirii. Dacă ar mai fi stat doar câteva secunde, ar fi plonjat cu toții direct în flăcările de dedesubt.

Ființele umane au o capacitate naturală de-a recunoaște, pur și simplu, calea cea bună pe care trebuie s-o urmeze uneori. Raționamentul, arată Klein, este doar rareori o cuantificare a evaluării tuturor opțiunilor, la care oricum nu ne prea pricepem; el constituie, în schimb, o formă inconștientă de recunoaștere a unui model. Rememorând faptele petrecute atunci, comandantul de pompieri i-a spus lui Klein că nu se gândise absolut deloc la posibilitățile concrete pe care le avea la fața locului. Nici acum nu-și dădea seama ce anume l-a îndemnat să-și scoată echipa de-acolo. Incendiul acela crease probleme, dar nu chiar atât de dificile încât să-l determine să-și retragă oamenii. La prima vedere, numai norocul sau percepția extrasenzorială i-ar fi putut explica reacția. Dar întrebările puse de Klein ca să afle mai multe detalii despre situația respectivă au scos la iveală două indicii pe care, fără să-și dea seama în acele momente, locotenentul le avusese în vedere, în sufrageria de la parter fusese *cald* – mai cald decât știa că ar fi fost normal dacă sursa incendiului ar fi fost localizată în spatele casei. Iar focul era *liniștit,* nu puternic și zgomotos, așa cum ar fi fost de așteptat. Se pare, așadar, că în cele două elemente-cheie, și poate și

în altele, mintea locotenentului recunoscuse tiparul unei situații periculoase, ce impunea ordinul de retragere. Și, de fapt, este foarte posibil ca o analiză prea amănunțită a lucrurilor să fi slăbit forța avantajului pe care i l-a conferit propria sa intuiție.

Încă nu mi-e clar ce indicii avusesem atunci când am văzut pentru prima oară piciorul lui Eleanor. Nu înțeleg nici ce semnale ne-au indicat că am putea rezolva problema fără să recurgem la amputare. Totuși, oricât ne-ar părea ele de arbitrare, intuițiile noastre trebuie să fi avut un temei adânc. Ceea ce nu se explică este cum poate cineva să spună cu certitudine când anume intuițiile unui doctor îl conduc în direcția cea bună sau, dimpotrivă, îl deviază iremediabil de la aceasta.

Un medic din Dartmouth, Jack Wennberg, a studiat și el, timp de aproape trei decenii, procesul de luare a deciziilor în medicină, dar nu în maniera individualizată a lui Gary Klein, ci dintr-o perspectivă globală asupra întregii comunități medicale americane. Și a descoperit că tot ceea ce facem poartă pecetea unei incoerențe obstinate, copleșitoare, stânjenitoare. Cercetările lui au arătat, de pildă, că probabilitatea ca doctorul să vă recomande o anumită intervenție terapeutică variază între limite foarte largi, în funcție de orașul în care locuiți: cu până la 270%, dacă vi se indică înlăturarea chirurgicală a vezicii biliare, cu 450%, în cazul unei artroplastii de șold[{29}], și cu 850%, dacă se pune problema solicitării de asistență medicală în cadrul unei unități de îngrijire intensivă în timpul ultimelor șase luni de viață. Un pacient din Santa Barbara, California, care se confruntă cu dureri de spate, de exemplu, are șanse de cinci ori mai mari să i se recomande o operație pe coloană decât o persoană din Bronx, New York, care are aceeași problemă. O atare situație reflectă, în principal, incoerența modului de lucru, iar variațiile individuale, legate de experiența profesională, de cutumele și intuițiile doctorilor, determină diferențe uriașe între modelele de îngrijire a oamenilor.

Cum poate fi justificată o atare situație? Oamenii care plătesc pentru serviciile de asistență medicală, categoric, nu văd cum. (Așa se și explică asiduitatea cu care agenții de asigurări le cer doctorilor explicații legate de deciziile medicale.) Și poate că nici cei care

beneficiază de ele nu înțeleg cum. Este cert că Eleanor Bratton ar fi avut parte de o cu totul altă abordare terapeutică dacă ar fi apelat la o altă clinică sau la alți medici, ori chiar dacă m-ar fi întâlnit pe mine într-un alt moment (înainte sau după experiența oferită de cazul de fasciită necrozantă pe care-l văzusem înaintea ei; la ora două noaptea sau la două după-amiaza; în timpul unei zile de gardă liniștite sau, dimpotrivă, al uneia foarte agitate). Într-un loc i s-ar fi prescris antibiotice, în altul s-ar fi recurs la amputare, iar într-un al treilea, s-ar fi optat pentru debridare. Un asemenea deznodământ al situației pare a fi lipsit de etică.

Oamenii au propus două strategii menite să schimbe o atare stare de fapt. Una dintre ele presupune restrângerea cuantumului de incertitudine din medicină – prin activitatea de cercetare, direcționată nu spre identificarea unor noi variante de tratament medicamentos sau chirurgical (care și-așa atrag fonduri uriașe), ci spre deciziile de zi cu zi, cele mărunte, dar cruciale, pe care le iau doctorii și pacienții lor (ce beneficiază de un sprijin financiar uluitor de redus). Cu toate acestea, este lesne de înțeles că stabilirea opțiunilor optime ce le sunt oferite oamenilor va fi întotdeauna marcată de un grad însemnat de incertitudine. (în realitate, lucrurile sunt complicate, și ne-o arată cu prisosință atât conceptul de boală, cât și viața însăși.) S-a mai susținut, așadar, nu fără temei, necesitatea ca, atunci când apar situații neclare, medicii să se pună de acord înainte de-a hotărî ce este de făcut – să analizeze riguros, din timp, toate măsurile posibile, ca să elimine supozițiile nefondate și să beneficieze de avantajele deciziilor de grup.

O asemenea abordare însă nu duce, practic, nicăieri, pentru simplul motiv că, de fapt, contravine tuturor convingerilor pe care noi, doctorii, le avem despre noi înșine, ca indivizi, despre propria noastră capacitate de a decide împreună cu pacienții ce opțiune le aduce cele mai mari beneficii. În tot acest climat de confuzie, creat de deosebirile dintre punctele de vedere ale diferiților medici asupra unei anume probleme, cineva trebuie să vină cu soluția corectă. Și fiecare dintre noi – obișnuiți să luăm, zi de zi, decizii în împrejurări dominate de incertitudini – rămâne cu încredințarea că acel cineva este chiar el (ea). Pentru că, indiferent cât de des s-ar întâmpla ca

propria noastră judecată să ne dezamăgească, avem cu toții o Eleanor Bratton, marea, improbabila noastră salvare.

A trecut mai bine de un an până să ajung s-o revăd pe Eleanor. Aflându-mă în trecere prin Hartford, m-am oprit în fața reședinței familiei sale – o casă spațioasă, în stil colonial, cu o fațadă imaculată și o curte plină de flori, prin care se plimba cu un lipăit greoi un câine masiv. Eleanor se mutase înapoi la părinți, ca să se refacă după cele douăsprezece zile de spitalizare. Intenționase să stea doar o vreme, dar și-a dat seama că se simțea atât de bine, încât a mai rămas. Reluarea unui trai normal, spunea ea, presupune unele deprinderi.

Refacerea piciorului era lentă, fapt deloc surprinzător, de altfel. În timpul operației finale, efectuată în cursul ultimelor ei zile de spitalizare, fusesem nevoiți să utilizăm, pentru închiderea plăgii, o grefă de piele de o sută șaizeci și doi de centimetri pătrați, prelevată de la nivelul coapsei. Rezultatul mi l-a arătat chiar Eleanor, care mi l-a prezentat, după ce și-a rulat în sus pantalonii colanți: „Mica mea arsură."

Nu era deloc ceva ce putea fi considerat drăguț, însă mie mi se părea că aspectul plăgii era remarcabil. Ajunsese aproape de lățimea palmei mele și se întindea de sub genunchi până la nivelul degetului mare. Normal că pielea era ușor decolorată, iar marginile plăgii erau anfractuoase. De asemenea, datorită grefei, laba piciorului și glezna păreau supradimensionate. Plaga însă nu avea zone deschise, așa cum se întâmplă uneori. Iar pielea transplantată era moale și elastică, fără să fie deloc tensionată sau rigidă. Coapsa de unde i se prelevase grefa avea o colorație roșie, a cărei intensitate pălea însă treptat.

Recuperarea funcțională completă a membrului inferior implicase un efort considerabil din partea ei. La început, când a venit acasă, a constatat că nu putea sta în picioare, mușchii fiindu-i atât de slăbiți și de dureroși. Piciorul i se prăbușea mereu, fără vlagă. După un timp, când a mai prins puteri, a văzut că tot nu putea să umble. Lezarea nervului îi afectase puternic laba piciorului. Fusese la control, la dr. Studdert, care a avertizat-o că s-ar putea să aibă

probleme toată viața. După mai multe luni de terapie fizică intensă însă, s-a deprins să-și folosească din nou talpa la mers. Până la vizita mea ajunsese să facă și jogging. Începuse să și lucreze, angajându-se ca asistentă în cadrul uneia dintre cele mai mari companii de asigurări cu sediul în Hartford.

Deși trecuse un an de la acel nefericit episod din viața ei, Eleanor continua să se gândească la experiența pe care o trăise. Nu avea nici acum idee de unde contractase infecția. Poate de la pedichiura pe care și-o făcuse, la un mic salon de coafură, cu o zi înainte de nuntă. Poate din cauză că, la petrecere, dansase conga, cu picioarele goale, pe iarbă, în afara spațiului de recepție special amenajat. Poate a fost ceva chiar de la ea din casă. De-atunci, ori de câte ori se tăia sau făcea febră, era paralizată de frică. Nu se mai ducea să înoate. Nici măcar nu mai lăsa apa să-i acopere picioarele când făcea duș. Familia ei plănuia să plece curând în vacanță, în Florida, dar pe Eleanor o speria gândul că asta ar fi însemnat să fie foarte departe de doctorii ei.

Cel mai mult o nelinișteau riscurile – aparentul hazard, „întâi spun că riscul de-a contracta boala este infim – unul la două mii cinci sute de cazuri", își aducea ea aminte. „Dar eu am făcut-o. Apoi susțin că șansele de vindecare sunt foarte scăzute. Iar eu am învins totuși." Acum, când ne-a întrebat din nou dacă era posibil ca aceeași bacterie să-i creeze iarăși probleme, noi, medicii, i-am dat același răspuns ca mai înainte: că exista o probabilitate foarte mică, de unul la două sute cincizeci de mii de cazuri.

„Mă deranjează să aud așa ceva. Pentru mine nu înseamnă nimic", mi-a spus. Conversația noastră avea loc în sufragerie. Eleanor stătea cu brațele încrucișate în poală, pe sofaua amplasată în dreptul unei ferestre victoriene prin care se revărsau în voie razele soarelui. „Nu sunt deloc convinsă că n-o să mă infectez din nou. Nu cred nici că n-o să mai am niciodată de-a face cu o altă ciudățenie de felul ăsta, despre care nu se știe nimic, și nici că nimeni dintre cunoscuții noștri n-o să aibă cândva așa ceva."

În medicină însă, suntem mereu nevoiți să lucrăm numai cu posibilități și cu probabilități. Ceea ce ne animă în această știință imperfectă, ceea ce ne mobilizează, de fapt, propriile resurse de

energie, este acea clipă efemeră, acel prilej – fragil, dar atât de clar de-a schimba în bine viața unui semen de-al nostru folosindu-ne experiența, competența profesională sau, pur și simplu, instinctul. Nu putem fi siguri niciodată însă dacă vom trăi sau nu un asemenea moment, fiindcă ivirea lui este strict conjuncturală – ești căutat de o femeie care vrea să aibă o a doua opinie în legătură cu diagnosticul de cancer primit de curând de la un alt doctor, trebuie să te ocupi de urgență de victima unui accident, care prezintă hemoragie, paloare și insuficiență respiratorie, ești consultat de un confrate în cazul unei tinere de douăzeci și trei de ani care are un picior înroșit. Chiar și mai neclar este dacă intervențiile pe care le alegem se vor dovedi a fi înțelepte sau utile. Uneori sunt de-a dreptul șocat să constat că eforturile noastre sunt, până la urmă, încununate de succes. Însă așa este. Nu întotdeauna, dar destul de frecvent.

O vreme, conversația mea cu Eleanor s-a abătut de la subiect. Am vorbit despre faptul că acum, că se întorsese la Hartford, își revăzuse prietenele și iubitul, care lucra ca electrician de „fibră optică” (deși, după spusele ei, ar prefera să se ocupe de sectorul de „înaltă tensiune”), despre ultimul film la care fusese și despre câta stăpânire de sine constatase că avea după calvarul prin care trecuse.

„Mă simt mult mai puternică în anumite privințe”, mi-a zis. „Am sentimentul că toată viața mea are un scop, că trebuie să existe o rațiune pentru care sunt încă aici.”

„Și mai cred că sunt o persoană fericită” – care a început să vadă lucrurile în perspectivă. „Uneori”, a continuat Eleanor, „mă simt chiar mai în siguranță. În fond, am trecut cu bine de toate.”

În acea lună mai s-a dus, până la urmă, în Florida. Vremea era caniculară, iar aerul nu era tulburat de nicio adiere de vânt, așa că într-o bună zi, în timp ce se afla pe o plajă situată mai sus de Pompano, a încercat apa mai întâi cu un picior, apoi și cu celălalt. În cele din urmă, învingându-și toate temerile, Eleanor s-a aruncat în valurile oceanului și a pornit înot în larg.

Mi-a spus că apa era minunată.

Note bibliografice

INTRODUCERE

p. 17 Jurnalele medicale specializate sunt publicațiile în care medicii găsesc mare parte din informațiile lor asupra aspectelor curente ale practicii medicale. Astfel, riscurile specifice ale prezenței unei formațiuni toracice extinse, la copii, sunt prezentate în detaliu în articole precum Azizkhan, R.G. *Et al*, „Life-threatening airway obstruction as a complication to the management of mediastinal masses în children", publicat în *Journal of Pediatric Surgery* 20 (1985), pp. 816-822. În majoritatea situațiilor, lecțiile desprinse din astfel de lucrări de specialitate se învață pe calea cea mai dură – din proprie experiență. Uneori, se produce un dezastru – îl percepem ca pe o tragedie. Dacă însă un astfel de caz este relatat în scris, considerăm că avem de-a face cu o abordare științifică.

Cel puțin două articole explică strategiile pe care le-au găsit medicii utilizând aparate pentru ventilație artificială ce le permit să țină sub control starea unor pacienți cu tumori similare celei a lui Lee: unul, realizat de o echipă din cadrul Universității din Pennsylvania, apărut în *ASAIO Journal 44* (1998), pp. 219-221, iar celălalt, elaborat de un colectiv din Delhi, India, publicat în *Journal of Cardio-thoracic and Vascular Anesthesia* 15 (2001), pag. 233-236. Ambele echipe relatează că nu au găsit strategiile respective în urma unei activități de cercetare riguroase, ci pe calea pe care prind viață de obicei multe dintre marile realizări într-un domeniu – prin jocul întâmplării, al șansei și al necesității.

EDUCAȚIA UNUI BISTURIU

p. 39 Cartea lui **K.** Anders Ericsson despre performanța umană se numește *The Road to Excellence* (Mahwah, N.J.: Lawrence Eribaum Press, 1996).

P. 49 Lucrarea de referință a Great Ormond Street Hospital asupra propriei lor curbe de învățare – privind deprinderea tehnicii

chirurgicale de transpoziție a marilor artere – este publicată în *British Medical Journal* 320 (2000), pp. 1168-1173, de către Bull, C. *Et al.,* sub titlul „Scientific, ethical, and logistical considerations în introducing a new operation: a retrospective cohort study from pediatric cardiac surgery". Studiul britanic este citat în Hasan, A., Pozzi, M. Și Hamilton, J.R.L., „New surgical procedures: Can we minimise the learning curve?" în *British Medical Journal*, 320 (2000), pp. 170-173.

P. 51 Rezultatele activității de cercetare desfășurate în cadrul Harvard Business School sunt publicate în numeroase cărți și articole, inclusiv în Pisano, G., Bohmer, R. Și Edmondson, A., „Organisational Differences în Rates of Learning Evidence from the Adoption of Minimally Invasive Cardiac Surgery", *Management Science* 47 (2001); Bohmer, R., Edmondson, A. Și Pisano, G., „Managing new technology în medicine", în Herzlinger, R. E., ed., *Consumer-Driven Health Care* (San Francisco: Jossey-Bass, 2001).

CALCULATORUL ȘI FABRICA DE HERNII

p. 63 Studiul lui Edembrandt: Heden, B., Ohlin, H., Rittner, R. Și Edembrandt, L., „Acute myocardial infarction detected în the 12-lead ECG by artificial neural networks", *Circulation* 96 (1997), pp. 1798-1802.

Baxt, W. G., „Use of an artificial neural network for data analysis în clinical decision-making: the diagnosis of acute coronary occlusion", *Neural Computation* 2 (1990), pp. 480-489.

P. 65 Spitalul Shouldice și-a publicat rezultatele pe scară largă. O prezentare succintă a lor este disponibilă în Bendavid, R., „The Shouldice technique: a canon în hernia repair", *Canadian Journal of Surgery* 40 (1997), pp. 199-205, 207.

p. 72 Meehl, P. E., Clinical Versus Statistical Prediction: A Theoretical Analysis and Review of the Evidence (Minneapolis: University of Minnesota Press, 1954).

Dawes, R. M., Faust, D., și Meehl, P. E., „Clinical versus actuarial judgement", *Science* 243 (1989), pp. 1668-1674.

P. 73 Articolul lui Baxt, W. G., „Application of artificial neural networks to clinical medicine", în *Lancet* 346 (1995), pp. 1135-1138, conține repere practice foarte utile cu privire la rețelele

neurale medicale.

P. 74 Herzlinger, R., Market-Driven Health Care: Who Wins, Who Loses în the Transformation of America's Largest Service Industry (Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1997).

CÂND DOCTORII FAC GREȘELI

p. 88 Brennan, T. A. *Et al*, „Incidence of adverse events and negligence în hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study 1", *New England Journal of Medicine* 324 (1991), pp. 370-376.

Leape, L. L., „Error în medicine", *Journal of the American Medical Association* 272 (1994), pp. 1851-1857.

Bates, D. W., *et al.*, „Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events", *Journal of the American Medical Association* 274 (1995), pp. 29-34.

Localio, A. R., *et al.,* „Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III", *New England Journal of Medicine* 325 (1991), pp. 245-251.

P. 97 Reason, J., *Human Error* (Cambridge: Cambridge University Press, 1990).

P. 99 Istoricul succeselor înregistrate în domeniul anesteziei, în ceea ce privește combaterea erorilor, este prezentat în: Pierce, E. C., „The 34th Rovenstine Lecture: 40 years behind the mask – safety revisited", *Anesthesiology* 84 (1996), pp. 965-975.

P. 102 Cooper, J. B. *Et al,* „Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors", *Anesthesiology* 49 (1978), pp. 399-406.

P. 106 Rezultatele activității desfășurate de Northern New England Cardiovascular Disease Study Group au fost publicate în

numeroase studii, dar prezentarea lor succintă este disponibilă în Malenka, D. J. Și O'Connor, J. T., „The Northern New Cardiovascular Disease Study Group: a regional collaborative effort for continuous quality improvement în cardiovascular disease", *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 24 (1998), pp. 594-600.

P. 108 Brooks, D. C., ed., *Current Review of Laparoscopy,* ediția a doua (Philadelphia: Current Medicine, 1995).

NOUĂ MII DE CHIRURGI

p. 113 Pe site-ul www.facs.org sunt disponibile informații despre congresul anual al American College of Surgeons.

CÂND MEDICII BUNI DEVIN RĂI

p. 131 Povestea doctorului Harold Shipman este relatată detaliat în Eichenwald, K., „True English murder mystery: town's trusted doctor did it", *New York Times,* 13 mai 2001, p. *Ar*

Procurorii care au intentat procesul lui John Ronald Brown au pretins că acuzatul era implicat și în tentativa de-a utiliza un produs adeziv denumit Krazy Glue pentru fixarea implanturilor mamare ale unei femei din Los Angeles. A fost declarat vinovat de crimă prin imprudență în cazul decesului lui Philip Bondy, căruia îi amputase piciorul, și a fost condamnat la 15 ani de detenție. Pentru mai multe detalii, vedeți Ciotti, P., „Why did he cut off that man's leg?" *LA Weekly*, 17 decembrie 1999.

Pentru informații suplimentare cu privire la povestea lui James Burt, vedeți Griggs, F., „Breaking Tradition: Doctor Steps în to Stop Maiming 'Surgery of Love'", *Chicago Tribune,* 25 august 1991, p. 8.

P. 139 Pentru date referitoare la abuzurile de substanțe în cazul doctorilor, vedeți Brook, D. *Et al.,* „Substance abuse within the health care community", în Friedman, L. S., *et al.*, ed., *Source Book of Substance Abuse and Addiction* (Philadelphia: Lippincott, 1996).

Două dintre cele mai complete surse de informare asupra incidenței afecțiunilor mentale la nivelul întregii populații sunt: *Mental Health: A Report of the Surgeon General* (Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, 1999); Kessler, R. C. *Et al.*, „Lifetime

nnd 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders în the United States: results from the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry* 51 (1994), pp. 8-19.

Estimarea procentajului de medici-problemă este extrasă din **Ninteza** lui Marilynn Rosenthal, intitulată „Promise and reality: professional self-regulation and problem colleagues", în Lens, P. Și Van der Wal, G., ed., *Problem Doctors: A Conspiracy of Silence* (Netherlands: IOS Press, 1997), p. 23.

Cartea lui Marilynn Rosenthal este *The Incompetent Doctor: Behind Closed Doors* (Philadelphia: Open University Press, 1995).

P. 145 Kent Neff a prezentat datele obținute din studiile referitoare la doctorii-problemă în cadrul Annemberg Conference on Enhancing Patient Safety and Reducing Errors în Health Care (Conferința Annemberg cu privire la Creșterea Siguranței Pacientului și reducerea Erorilor în îngrijirea Sănătății), care s-a desfășurat la Rancho Mirage, California, în 9 noiembrie 1998.

VINERI, TREISPREZECE, LUNĂ PLINĂ

p. 162 Scanlon, T. J., *et al.*, „Is Friday the 13th bad for your health?" *British Medical Journal* 307 (1993), pp. 1584-1589.

Studiul lui William Feller despre bombardarea Londrei de către naziști a fost publicat în cartea sa intitulată *An Introduction to Probability Theory* (New York: Wiley, 1968).

Referitor la sofismul pistolarului texan, vezi Rothman, K. J., *American Journal of Epidemiology* 132 (1990), pp. S6-S13.

P. 164 Buckley, N. A., Whyte, I. M. Și Dawson, A. H., „There are days… and moons: self-poisoning is not lunacy", *Medical Journal of Australia* 159 (1993), pp. 786-789.

Guillon, P., Guillon, D., Pierre, F. Și Soutoul, J. H., „Les rythmes saisonnier, hebdomadaire et lunaire des naissances", *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique* 11 (1988), pp. 703-708.

Cele mai bune prezentări condensate ale corelației dintre Lună și comportamentul uman sunt: Martin, S. J., Kelly, I. W. Și Saklofske, D. H., „Suicide and lunar cycles: a critical review over 28 years" *Psychological Reports* 71 (1992), pp. 782-795; și Bymes, G. Și Kelly, I. W., „Crisis calls and lunar cycles: a 20 year review", *Psychological Reports* 71 (1992), pp. 779-785.

PARADOXUL DURERII

p. 170 Au fost publicate foarte multe lucrări consacrate paradoxului durerii de spate cronice. Dintre textele și studiile pe care le-am considerat utile fac parte: Hadler, N., *Occupational Musculoskeletal Disorders* (Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, current edition 1999); și Haldeman, S., „Failure of the pathology model to predict back pain", *Spine* 15 (1990), p. 719.

Datele, destul de curioase, relevate de testele de rezonanță magnetică nucleară efectuate de diverse persoane suferinde de dureri de spate sunt furnizate de Cleveland Clinic: Jensen, M. C. *Et*

al. Y „Magnetic Resonance Imaging of the lumbar spine în people without back pain”, *New England Journal of Medicine* 331 (1994), pp. 69-73.

P. 171 Hilzenrath, D., „Disability claims rise for doctors”, *Washington Post,* 16 februarie 1998.

P. 173 Descrierea durerii făcută de Descartes se găsește în volumul *Méditations* (1641).

Studiile lui Henry K. Beecher referitoare la durerea percepută de cei răniți în luptă au fost prezentate în două publicații: „Pain în Men Wounded în Battle”, *Bulletin of the U.S. Army Medical Department* 5 (aprilie 1946), p. 445; și „Relationship of Significance of Wound to Pain Experienced”, *Journal of the American Medical Association* 161 (1956), pp. 1609-1613.

P. 174 Lucrarea clasică privitoare la Gate Control Theory (Teoria porții de control a durerii), ai cărei autori sunt Ronald Melzack și Patrick Wall, este „Pain Mechanisms: A New Theory”, *Science* 1950 (1965), pp. 971-979.

P. 176 Paleta largă de studii asupra durerii, efectuate pe diverse eșantioane de populație, include: Tajet-Foxell, B. Și Rose, F. D., „Pain and Pain Tolerance în Professional Ballet Dancers”, *British Journal of Sports Medicine* 29 (1995), pp. 31-34; Cogan, R., Spinnato, J. A., „Pain and Discomfort Thresholds în Late Pregnancy”, *Pain* 27 (1986), pp. 63-68; Berkley, K. J., „Sex Differences în Pain”, *Behavioral and Brain Sciences* 20 (1997), pp. 371-380; Barnes, G. E., „Extraversión and pain”. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 14 (1975), pp. 303-308; Compton, M. D., „Cold-Pressor Pain Tolerance în Opiate and Cocaine Abusers: Correlates of Drug Type an Use Status”, *Journal of Pain and Symptom Management 9* (1994), pp. 462-473; și Bandura, A. *Et al*., „Perceived Self-Efficacy and Pain

Control: Opioid and Nonopioid Mechanisms”, *Jorunal of Personality and Social Psychology* 53 (1987), pp. 563-571.

P. 177 Frederick Lenz și-a publicat prezentarea celor două cazuri În două lucrări distincte: Lenz, F. A. *Et al,* „Stimulation în the human somatosensoiy thalamus can reproduce both the affective and sensory dimensions of previously experienced pain”, *Nature Medicine*

1

, pp. 910-913; și „The sensation of angina can be evoked by stimulation of the human thalamus”, *Pain* 59 (1994), pp. 119-125.

P. 180 Noua teorie a lui Melzack este prezentată în articolul său intitulat „Pain: Present, Past, and Future”, *Canadian Journal of Experimental Psychology* 47 (1993), pp. 615-629.

P. 183 Dat fiind ritmul rapid de înnoire a informațiilor privitoare la noile medicamente, aș recomanda consultarea celor mai recente date bibliografice. Studiile menționate provin din Miljanich, G. P., „Venom peptides as human pharmaceuticals”, *Science and Medicine* (septembrie/octombrie 1997), pp. 6-15; și Bannon, A. W. *Et al.,* „Broad-Spectrum, Non-Opioid Analgesic Activity by Selective Modulation of Neuronal Nicotinic Acetylcholine Receptors”, *Science* 279 (1998), pp. 77-81.

P. 184 Prezentarea detaliată a situației create în Australia de epidemia de accidentări provocate de mișcările repetate poate fi găsită în următoarele articole: Hall, W. Și Morrow, L., „Repetition strain injury: an Australian epidemic of upper limb pain”, *Social Science and Medicine* 27 (1988), pp. 645-649; Fergusson, D., „RSI: Putting the epidemic to rest”, *Medical Journal of Australia* 147 (1987), p. 213; și Hocking, B., „Epidemiological aspects of ’repetition strain injury’ în Telecom Australia”, *Medical Journal of Australia* 147 (1987), pp. 218-222.

O SENZAȚIE DE DISCONFORT

p. 188 O foarte reușită prezentare succintă a fiziologiei stării de vomă se poate găsi în capitolul 1 al volumului: Sleisinger, M., ed., *Handbook of Nausea an Vomiting* (New York: Parthenon Publishing Group, 1993).

P. 192 Watcha, M. F. Și White, P. F., „Postoperative nausea and vomiting: its etiology, treatment, and prevention”, *Anesthesiology 11* (1992), pp. 162-184.

Griffin, A. M. *Et al.*, „On the receiving end: patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy”, *Annals of Oncology 1* (1996), pp. 189-195.

Jewell, D. Și Young, G., „Treatment for nausea and vomiting în early pregnancy”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4 martie

2000.

P. 194 Profet, M., „Pregnancy sickness as adaptation: a deterrent to maternal ingestion of teratogens", în: Barkow, J. H., Cosmides, L. Și Tooby, J., *The Adapted Mind* (Oxford: Oxford University Press, 1975).

P. 195 Reperul clasic pentru răul de mișcare îl constituie lucrarea: Reason, J. T. Și Brand, J. J., *Motion Sickness* (New York: Academic Press, 1975).

O prezentare succintă, dar foarte utilă, a celor mai recente cercetări consacrate răului de mișcare, inclusiv răului de spațiu, este disponibilă în Oman, C. M., „Motion sickness: a synthesis and evaluation of the sensory conflict theory", *Canadian Journal ofphysiology and Pharmacology* 68 (1990), pp. 294-303.

P. 199 Studiile descrise includ: Fischer-Rasmussen, W. *Et al.*, „Ginger treatment of hyperemesis gravidarum", *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproduction Biology* 42 (1991), pp. 163-164; O'Brien, B., Relyea, J. Și Taerum, T., „Efficacy of P6 accupressure în the treatment of nausea and vomiting during pregnancy", *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 174 (1996), pp. 708-715.

O sinteză valoroasă a datelor referitoare la îngrijirea femeilor cu sarcină toxică este oferită de Nelson-Piercy, C., „Treatment of nausea and hyperemesis of pregnancy: When should it be treated and what can be safely taken?" *Drug Safety* 19 (1998), pp. 155-164.

P. 201 Pentru o privire sintetică și foarte echilibrată asupra utilizării marijuanei în medicină, vedeți Voth, E. A. Și Sckwartz, R., „Medicinal applications of Delta-9-Tetrahydrocannabinol and marijuana", *Annals of Internal Medicine* 126 (1997), pp. 791-798.

Pentru mai multe detalii legate de ciudata entitate cunoscută sub numele de sindrom de ruminație, vedeți Malcolm, A., *et al.*, „Rumination syndrome", *Mayo Clinic Proceedings* 72 (1997), pp. 646-652.

Studiul referitor la Zofran și la starea de greață, realizat de grupul de cercetători condus de Gary Morrow, este Roscoe, J. A. *Et al*, „Nausea and vomiting remain a significant clinical problem: trends

over time în controlling chemotherapy-induced nausea and

vomiting În 1,413 patients treated în community clinical practices", *Journal of Pain & Symptom Management* 20 (2000), pp. 113-121.

O excelentă trecere în revistă privind psihologia stării de greață Ne află în Morrow, G. R., „Psychological aspects of nausea and vomiting: anticipation of chemotherapy", în Sleisinger, ed., 1993.

P. 204 Studiul era revoluționar asupra utilizării unui antagonist al substanței P în stările de greață era Navari, R. M., *et al.,* „Reduction of cisplatin-induced emesis by a selective neurokinin-1-receptor antagonist", *New England Journal of Medicine* 340 (1999), pp. 190-195.

O privire de ansamblu asupra datelor experimentale ce dovedesc beneficiile serviciilor specializate de îngrijire paliativă puteți găsi în Hearn, J. Și Higginson, I. J., „Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients?: a systemic literature review", *Palliative Medicine* 12 (1998), pp. 317-332.

P. 208 Informațiile referitoare la Bendectin sunt trecute în revistă în Koren, G., Pastuszak, A. Și Ito, S., „Drug therapy: drugs în pregnancy", *New England Journal of Medicine* 338 (1998), pp. 1128-1137.

Cassell, E. G., *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine* (New York: Oxford University Press, 1991).

VALUL DEROȘEAȚĂ

p. 214 Argumentele freudiene sunt prezentate în Karch, F. E., „Blushing", *Psychoanalytic Review* 58 (1971), pp. 37-50.

Eseul lui Charles Darwin cu privire la roșeață poate fi găsit în cartea lui intitulată *The Expression of the Emotions în Man and Animals* (1872).

Michael Lewis își prezintă detaliat experimentul demonstrativ privitor la sentimentul de stinghereală ce-l cuprinde pe un individ când este privit insistent de cineva în „The self în self-conscious emotions", *Annals of the new York Academy ofsciences* 818 (1997), pp. 119-142.

Datele științifice asupra roșirii și cele privitoare la psihologia fenomenului, la care am făcut referire în acest pasaj, inclusiv cele din studiul realizat de Leary și Templeton, provin din trei surse: Leary, M. R., *et al,* „Social blushing", *Psychological Bulletin* 112

(1992), pp. 446-460; Miller, R. S., *Embarassment: Poise and Peril în Everyday Life* (New York: Guilford Press, 1996); și Edelmann, R. J. „flushing"

în: Crozier, R. Și Alden, I. E., ed., *International Handbook of Social Anxiety* (Chichester: John Wiley & Sons, 2000).

P. 220 Rezultatele obținute de chirurgii din Göteborg în tratarea cazurilor de roșire prin utilizarea tehnicii ETS au fost publicate în Drott,

et al, „Successful treatment of facial blushing by endoscopic transthoracic sympathictomy", *British Journal of Dermatology* 138 (1998), pp. 639-643. Pentru o opinie mai circumspectă asupra intervenției chirurgicale, vedeți articolul lui Drummond, P. D., „A caution about surgical treatment for facial blushing", publicat în *British Journal of Dermatology* 142 (2000), pp. 195-196.

P. 230 Site-ul organizației înființate de Christine Drury se află la adresa www.redmark.org

OMUL CARE NU SE PUTEA OPRI DIN MÂNCAT

p. 231 Statisticile cu privire la numărul operațiilor de bypass gastric efectuate sunt extrase din Blackburn, G., „Surgery for obesity", *Harvard Health Letter* (2001), nr. 884.

P. 241 Datele deprimante furnizate de National Institutes of Health referitoare la eșecul terapiei obezității prin dietă înregistrat, pe termen lung, în aproape toate cazurile, sunt prezentate în publicația proprie: „Methods for voluntary weight loss and control", *Annals of Internal Medicine* 119 (1993), pp. 764-770.

Puteți găsi un sumar destul de complet al variatelor tratamente chirurgicale la care au fost supuși suferinzii de obezitate, precum și rezultatele acestora în Kral, J. G., „Surgical treatment of obesity", în Bray, G. A., Bouchard, C. Și James, W. P. T., ed., *Handbook of Obesity* (M. Decker, New York, 1998); alături de Munro, J. F. *Et al*., „Mechanical treatment for obesity", *Annals of the New York Academy of Sciences* 449 (1987), pp. 305-311.

P. 242 Studiul dietei pentru copiii obezi, descrisă în acest pasaj, a apărut în Epstein, L. H. *Et al*, „Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity", *Health Psychology* 13 (1994), pp. 373-383.

P. 243 Informațiile despre sindromul Prader-Willi provin din Lindgreen, A. C. *Et al9* „Eating behavior în Prader-Willi syndrome, normal weight, and obese control groups", *Journal of Pediatrics* 137 (2000), pp. 50-55; și Cassidy, S. B. Și Schwartz, S., „Prader-Willi and Angelman syndromes", *Medicine* 77 (1998), pp. 140-151.

„Paradoxul grăsimii" este explicat în Blundell, J. E., „The control of appetite", *Schweizerische* 129 (1999), p. 182.

Unul dintre studiile ce demonstrează „efectul aperitiv" este cel al lui Yeomans, M. R., „Rating changes over the course of meals: What does they tell us about motivation to eat?" *Neuroscience and Biobehavioral Review* 24 (2000), pp. 249-259.

P. 244 Studiul francez cu privire la mestecat este publicat în Bellisle, F. *Et al.*, „Chewing and swallowing as indices of the stimulation to eat during meals în humans", *Neurosciences and Biobehavioral Review* 24 (2000), pp. 223-228.

Studiul obiceiurilor alimentare ale persoanelor afectate de o formă severă de amnezie este publicat în Rozin, P., *et al*, „What causes humans to begin and end a meal", *Psychological Science 9* (1998), pp. 392-396.

P. 247 Informațiile referitoare la eșecul pe termen lung, în ceea ce privește menținerea pierderii în greutate, al intervenției chirurgicale de inserare a unui inel intragastric, dacă nu este asociată cu nicio altă terapie, sunt preluate atât din articolul lui Blackburn, publicat în anul 2001 și citat mai sus, cât și din cel realizat de Nightengale, M. L. *Et al.,* „Prospective evaluation of vertical banded gastroplasty as the primary operation for morbid obesity", *Mayo Clinic Proceedings* 67 (1992), pp. 304-305.

P. 249 Pentru mai multe informații privitoare la implicațiile psihologice și sociale ale chirurgiei obezității, vedeți Hsu, L. K. G., *et al*, „Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review", *Psychosomatic Medicine* 60 (1998), pp. 338-346.

Articolul lui Krai, din 1998, și cel al lui Blackburn, publicat în 2001, ambele citate anterior, sunt două sinteze excelente ale cercetărilor consacrate menținerii pe termen lung a pierderii în greutate ca urmare a tratamentului chirurgical al obezității.

P. 258 Pentru date referitoare la marea frecvență a obezității

morbide, vedeți Kuczmarski, R. J., *et al,* „Varying body mass index cutoff points to describe overweight prevalence among U.S. Adults: NHANES în (1988 to 1994)”, *Obesity Research* 5 (1997), pp. 542-548.

INCIZIA FINALĂ

p. 271 Despre incoerența războiului declanșat de susținătorii neefec- tuării autopsiei, puteți citi în Lundberg, G. D., „Low-tech autopsies

în the era of high-tech medicine” *Journal of the American Medical Association* 280 (1998), pp. 1273-1274.

Informațiile despre istoricul autopsiei provin din două surse Iserson, K. V., *Death to Dust: What Happens to Dead Bodies* (Tucson, Ariz.: Galen Press, 1994); și King, L. S. Și Meehan, M. C., „The history of the autopsy”, *American Journal of Pathology* 73 (1973), 514-544.

P. 279 Cele trei studii recente care evaluează problematica autopsiei sunt Burton, E. C., Troxclair, D. A. Și Newman III, W. P.,» Autopsy diagnoses and malignant neoplasms: How often are clinical diagnoses incorrect?”, *Journal of the American Medical Association* 280 (1998), pp. 1245-1248; Nichols, L., Aronica, P. Și Babe, C., „Are autopsies obsolete?”, *American Journal of Clinical Pathology* 110

, pp. 210-218; și Zarbo, R. J., Baker, P. B. Și Howanitz, P. J., „The autopsy as a performance measurement tool”, *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 123 (1999), pp. 191-198.

Sinteza studiilor referitoare la autopsie, descrise în acest pasaj, a fost publicată de Hill, R. B. Și Anderson, R. E., în *The Autopsy: Medical Practice and Public Policy* (Newton, Mass.: Butterworth-Heinemann, 1998), pp. 34-35.

Comparația clasică a percepției problemei autopsiei de-a lungul mai multor decenii apare în Goldman, L. *Et al.*, „The value of the autopsy în three medical eras”, *New England Journal of Medicine* 308 (1983), pp. 1000-1005.

P. 280 Explicația cu privire la eroarea necesară este oferită de Gorowitz și Macintyre în articolul lor „Toward a theory of medical failibility”, *Journal of Medicine and Philosophy* 1 (1976), pp. 51-71.

P. 284 Dispariția datelor privitoare la autopsie este relatată în Burton, E., „Medical error and outcome measures: Where have the

autopsies gone?” *Medscape General Medicine*, 28 mai 2000.

MISTERUL COPILULUI MORT

p. 285 Detaliile cazului sunt furnizate, în principal, de două surse: atestatul în cazul arestării lui Marie Noe și tulburătorului articol al lui Stephen Fried „Cradle to Grave”, *Philadelphia Magazine*, aprilie 1998.

P. 286 Despre asocierea dintre reducerea cuantumului de decese subite ale sugarilor și campania „Back to Sleep”, vedeți Willingner, M. *Et al.,* „Factors associated with the transition to nomprone sleep

positions of infants în the United States”, *Journal of the American Medical Association,* 280 (1998), pp. 329-335.

P. 288 O sursă bogată de informații privind aspectele caracteristice ale abuzurilor asupra copiilor este Sediack, A. J. Și Broadhurst, D. D., *The Third National Incident Study of Child Abuse and Neglect* (Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

AL CUI ESTE, DE FAPT, CORPUL ACESTA?

P. 295 Katz, J., *The Silent World of Doctor and Patient* (New York, Free Press, 1984).

P. 308 Studiul privitor la preferințele pacienților care suferă de cancer este, Degner, L. F. Și Sloan, J. A., „Decision making during serious illness: What role de patients really want to play?” *Journal of Clinical Epidemiology* 45 (1992), pp. 941-950.

P. 311 Schneider, C. E., *The Practice of Autonomy* (New York: Oxford University Press, 1998).

CAZUL PICIORULUI ROȘU

p. 324 Informațiile referitoare la fasciita necrozantă sunt extrase din Chapnick, E. K. Și Abter, E. I., „Necrotizing soft-tissue infections”, *Infectious Disease Clinics* 10 (1996), pp. 835-855; precum și Stone, D. R. Și Gorbach, S. L., „Necrotizing fasciitis: the changing spectrum”, *Infectious Disease în Dermatology* 15 (1997), pp. 213-220. O sursă utilă de informații pentru pacienți este și site-ul National Necrotizing Fasciitis Foundation, www.nnff.org.

P. 329 Pentru o sinteză cuprinzătoare a cercetărilor consacrate evaluării calității îngrijirii sănătății (ce include și studiile privitoare la infarctul miocardic care au fost menționate), vedeți Institute of

Medicine, *Crossing the Quality Chasm* (Washington, D.C.: National Academy of Sciences Press, 2001).

Naylor, C. D., „Grey zones of clinical practices: some limits to evidence-based medicine", *Lancet* 345 (1995), pp. 840-842.

P. 332 Studiul realizat de Medical College of Virginia: Poses, R. M. Și Anthony, M., „Availability, wishful thinking, and physicians'

diagnostic judgements for patients with suspected bacteremia", *Medical Decision Making* 11 (1991), pp. 159-168.

P. 333 Studiul realizat la University of Wisconsin: Detmer,

E., Fryback, D. G. Și Gassner, K., „Heuristics and biases în medical decision making", *Journal of Medical Education* 53 (1978), pp. 682-683.

Studiul Ohio: Dawson, N. V., *et al.9* „Hemodynamic assessment în managing the critically ill: Is physician confidence warranted?" *Medical Decision Making* 13 (1993), pp. 258-266.

Primul episod al surprinzătoarei serii de articole publicate de David Eddy, care analizează problemele cu care se confruntă procesul luării deciziilor în medicină, este „The challenge", *Journal of the American Medical Association* 263 (1990), pp. 287-290.

P. 345 Minunata carte a lui Gary Klein, dedicată propriilor cercetări asupra procesului intuitiv de luare a deciziilor, este *Sources of Power* (Cambridge: M.I.T. Press, 1998).

P. 347 Informații referitoare la caracteristicile comportamentului decizional al medicilor din domeniul de interes al fiecăruia, comparativ cu cele ale omologilor lor din alte domenii, pot fi găsite în volumul *Dartmouth Atlas of Health Care* (Chicago American Hospital Publishing, Inc., 1999), publicat de Jack Wennberg împreună cu echipa sa de cercetători. Rezultatele obținute de ei sunt disponibile și online, la adresa www.dartmouthatlas.org.

Mulțumiri

Am crescut într-o familie de doctori, așa că am fost familiarizat de mic cu medicina. Cina în familie era, mai mereu, un prilej de conversație atât despre mondenitățile și cazurile ce însuflețeau peisajul medical local (de pildă, băiatul cu o formă foarte gravă de astm, îngrijit de mama mea, ai cărui părinți nu-i dădeau medicamentele necesare; prima operație reușită de reversibilizare a vasectomiei; individul care s-a întors acasă beat și și-a tras un glonț în penis, crezând că se cuibărise un șarpe sub pătură), cât și despre școală sau despre politică. Când au considerat că eram destul de mari, părinții ne-au învățat, pe sora mea și pe mine, să preluăm apelurile telefonice ale pacienților din teritoriu. Ne-am deprins să-i întrebăm: „Este o urgență?” Dacă persoana care sunase răspundea afirmativ, era simplu. Urma să-i spunem să meargă la camera de gardă. Iar dacă zicea nu, era la fel de ușor. Trebuia să notăm ce ne spunea. O singură dată am primit răspunsul „Nu știu”. Era vorba de un bărbat cu o voce destul de tensionată, care voia să vorbească cu tatăl meu fiindcă „se rănise” în timp ce săpa. L-am îndrumat să meargă la camera de gardă.

Uneori, când eram plecat de-acasă cu mama sau cu tata, suna pagerul ca să le anunțe o urgență. Mergeam împreună la spital, unde eram instalat pe un scaun din sala de așteptare. Stăteam și mă uitam la copiii care plângeau, la bărbații cu bandaje sângerânde, la doamnele în vârstă cu o respirație caraghioasă și la asistentele care alergau de colo-colo. M-am obișnuit cu acele locuri mai mult decât credeam. Mulți ani mai târziu, pe vremea studenției, când am intrat pentru prima oară într-un spital din Boston, mi-am dat seama cât de familiar îmi era totul.

M-am apucat de scris însă mult mai târziu, cu sprijinul multor oameni cărora le port o adâncă recunoștință. Prietenul meu Jacob Weisberg a fost cel dintâi care m-a încurajat să-mi iau în serios

pornirile scriitoricești.

Este șeful echipei de corespondenți politici ai revistei electronice *Slate,* iar în anul doi de rezidențiat la chirurgie m-a îmboldit să dau curs unei tentative de a scrie ceva pe teme medicale pentru publicația la care lucra. Am fost de acord. M-a ajutat în cursul multiplelor etape de elaborare a acelei prime creații. Iar pe parcursul următorilor doi ani, el și cu Michael Kinsley, editorul șef al revistei *Slate,* împreună cu editorii mei, Jack Shafer și Jodie Allen, mi-au oferit spațiul și îndrumarea de care aveam nevoie pentru a realiza ceea ce a devenit o rubrică permanentă de medicină și știință. Acel prilej a schimbat întregul curs al vieții mele. Rezidențialul este o experiență extenuantă, iar în iureșul atâtor activități birocratice și apeluri pe pager și nopți nedormite, poți ajunge să uiți de ce are importanță ceea ce faci. Scrisul m-a lăsat să încetinesc puțin ritmul și, timp de câteva ore pe zi, să-mi amintesc de ce.

În cel de-al treilea an de rezidențiat, un alt prieten, scriitorul Malcolm Gladwell, de la *The New Yorker*, mi-a făcut cunoștință cu editorul lui, Henry Fider – ceea ce m-a determinat să mă consider cel mai norocos scriitor din lume. Acel om uluitor, genial, erudit, care la vârsta de treizeci și doi de ani era deja editor al mai multor scriitori dintre cei pe care-i admiram cel mai mult, Henry, m-a luat sub aripa lui ocrotitoare. A avut răbdarea, perseverența și optimismul să mă ajute să trec cu bine de șapte etape de rescriere completă a primului meu articol ce urma să fie publicat în *The New Yorker*. M-a forțat să gândesc mai intens decât m-aș fi crezut vreodată în stare. Mi-a arătat în care instincte mă puteam încrede în scris și în care nu. Mai mult decât atât, a avut întotdeauna convingerea că aveam ceva interesant de povestit altora. Din 1998, *The New Yorker* m-a angajat în echipa sa editorială. Multe dintre capitolele cărții de față au avut ca punct de pornire articole ale mele publicate în acea revistă. Henry a citit tot ceea ce este scris în acest volum și mi-a dat sfaturi neprețuite. Fără el, n-ar fi existat cartea pe care ați citit-o.

Mai este o a treia persoană, de la *The New Yorker*, în afară de Henry și de Malcolm, căreia doresc să-i mulțumesc în mod deosebit:

David Remnick. Mi-a fost mereu alături, în ciuda faptului că, fiind rezident, aveam un program imprevizibil, iar responsabilitățile față de pacienții mei erau prioritare. A dezvoltat o revistă minunată și cu totul specială. Și, mai presus de orice, mi-a dat sentimentul că am și eu o contribuție la succesul ei.

Scriind această carte, am descoperit în viața mea două noi feluri de oameni. E vorba, în primul rând, de un agent, o persoană de care pare să aibă nevoie oricine – mai ales dacă ai privilegiul să găsești pe cineva ca Tina Bennett, care a avut grijă și de mine, și de cartea mea, cu devotament, cu un optimism neabătut și cu o capacitate de evaluare remarcabil de corectă a oricărei situații (chiar și când, în toiul proiectului, a rămas însărcinată și a și născut). În al doilea rând, mă refer la un editor de carte, care se dovedește a fi o specie complet diferită de cea a editorilor de reviste, tot așa cum chirurgii se deosebesc radical de interniști. Cu o tenacitate și o delicatețe neobișnuite, Sara Bershtel, de la Metropolitan Books, m-a ajutat să descopăr contextul mai larg în care se încadrează tot ceea ce scriu și gândesc, mi-a arătat cum poate o carte să însemne mai mult decât mi-am imaginat vreodată și, într-un fel, m-a susținut în momentele când mă simțeam copleșit de sarcinile pe care le aveam de îndeplinit. Îi mulțumesc și colegei sale, Riva Hochermann, care mi-a citit cu atenție manuscrisul și mi-a oferit sugestii neprețuite.

Tentativa unui rezident la chirurgie de a scrie este o chestiune delicată și spinoasă, mai ales când e vorba de cineva ca mine, interesat să abordeze, în egală măsură, subiecte referitoare la aspectele negative din medicină și la cele pozitive. Doctorii și spitalele privesc cu suspiciune, de regulă, demersurile de etalare publică a unor astfel de chestiuni. Spre surprinderea mea însă, eu am avut parte numai de încurajări. Iar sprijinul a două persoane a fost, în acest sens, decisiv. Dr. Tony Brennan, profesor de medicină, drept și aproape orice alt domeniu imaginabil, mi-a fost mentor, sfătuitor, colaborator în activitatea de cercetare și un avocat deosebit de tenace care mi-a susținut cauza. Mi-a pus la dispoziție până și spațiu pentru birou, computer și telefon, ca să mă ajute să finalizez acest proiect.

Dr. Michael Zinner, șeful secției de chirurgie în care lucrez, mi-a oferit, de asemenea, sprijin și protecție. Îmi aduc aminte că am apelat pentru prima oară la el după ce pregătisem, în vederea publicării în *The New Yorker,* textul în care încercam să explic ce se întâmplă când doctorii fac greșeli. Știam că nu-l puteam da mai departe fără să am, mai întâi, permisiunea lui. I-am dat, așadar, manuscrisul și, câteva zile mai târziu, intram la el în birou, pregătit sufletește pentru cel mai sumbru deznodământ. A reieșit că nu-i plăcuse. Cum să-i placă? Niciun departament de relații publice al vreunui spital din lume n-ar lăsa să se difuzeze un astfel de eseu. Cu toate acestea, a avut o atitudine remarcabilă: m-a susținut fără să țină cont de posibilele consecințe neplăcute. M-a prevenit că articolul putea să inflameze cu ușurință spiritele, fie ele ale publicului ori ale altor medici. Dar mi-a promis că, dacă aveau să apară reacții ostile, mă va ajuta. Și m-a lăsat să merg mai departe.

Până la urmă, previziunile pesimiste nu s-au adeverit. Chiar și când n-au fost de acord cu ceea ce scrisesem, colegii mei au avut o atitudine constructivă, fără să manifeste niciun fel de resentiment. Am constatat că ne străduim cu toții să înțelegem care este ponderea aspectelor pozitive în activitatea noastră și cât de mult din ceea ce facem poate fi îmbunătățit.

Printre cei cărora simt nevoia să le mulțumesc ocupă un loc aparte deopotrivă pacienții și membrii familiilor lor, numiți și nenumiți în cartea de față. Cu câțiva dintre ei am norocul să mențin și în prezent legătura. În cazul altora, nu mi s-a oferit niciodată șansa de-a ajunge să-i cunosc mai bine, așa cum mi-aș fi dorit. Cu toții m-au învățat incredibil de multe lucruri.

Există însă o persoană implicată în absolut tot ceea ce a presupus prezentul volum – în munca mea de scriitor, în profesia mea și în efortul de a mă descurca foarte bine cu amândouă: soția mea, Kathleen. A fost alături de mine pe tot parcursul orelor petrecute ca rezident la chirurgie, atât de solicitante, și mi-a ridicat moralul ori de câte ori simțeam că mă părăsește încrederea sau că nu mai am forța de-a merge mai departe. Iar când mă întorceam acasă, mă ajuta să dau glas ideilor care îmi veneau în minte, stând cu mine

până târziu, în noapte, ca să le transpunem în cuvinte. Fiind ea însăși un editor minunat, mi-a înroșit manuscrisul și, deși uneori nu voiam să recunosc, i-a dat o formă finală mai bună. Tot ea m-a ajutat să-i simt aproape pe drăgălașii și năzdrăvanii noștri copii – aducându-i uneori la spital, să mă vadă, când mi se făcea dor de ei, după lungi perioade în care profesia mă ținea departe de familie. Cartea de față există datorită dragostei și devotamentului soției mele. Așa că numai ei puteam să i-o dedic.

{1} Respirație șuierătoare (n. tr.)

{2} Acesta e titlul original al cărții (*Complications*), pe care l-am schimbat pentru versiunea românească în *Pe muchie de cuțit,* titlu care nu trădează, după cum se vede, sensul dorit de autor (n. Ed.).

{3} Extirparea unei mase de țesut mamar (n. Tr.).

{4} Ceea ce permite păstrarea continenței urinare și a potenței (n. Tr.).

{5} ESWL – metodă pe bază de ultrasunete; acestea traversează cu ușurință corpul, dar sunt suficient de puternice ca să spargă calculul renal (n. Tr.).

{6} O transpoziție (n. Tr.).

{7} Deep Blue a fost primul calculator, produs de IBM, care a câștigat un joc de șah împotriva unui campion mondial consacrat (Garry Kasparov), în condiții normale de timp (n. Tr.).

{8} Intel este cea mai mare companie producătoare de cipuri din lume (n. Tr.).

{9} Personajul principal, de origine semiextraterestră, din cunoscutul serial SF american *Star Treck,* care îndeplinea funcția de comandant al departamentului de știință al navei cosmice *Enterprise* (n. Tr.).

{10} Personajul principal al unei povestiri de Washington Irving, *The Legend of Sleepy Hollow,* ce a inspirat și filmul american cu același nume – *Legenda călărețului fără cap* –, al cărui protagonist, interpretat de actorul Johnny Depp, era un excentric inovator al științei medicale, decis să pună capăt crimelor atribuite unei apariții fantomatice, numită Călărețul fără Cap (n. Tr.).

{11} Pompă de oxigenare (n. Tr.).

{12} în terminologia anglo-saxonă *day surgery*, „chirurgie de o zi” (n. Tr.).

{13} Pennsylvania Station, cunoscută sub denumirea prescurtată de Penn Station, este principala stație de cale ferată interciți și cel mai important nod feroviar din New York City (n. Tr.).

{14} Master of Ceremony, maestrul de ceremonii – operatorul de la pupitrul de comandă (n. Tr.).

{15} Restaurant de lux din Beverly Hills, frecventat de stelele de cinema (n. Tr.).

{16} Analgezic din clasa narcoticelor (n. Tr.).

{17} Sistem de îngrijire medicală bazat pe controlul costurilor și pe creșterea rolului medicului de familie, în sensul că acesta are responsabilitatea efectuării unei prime evaluări a stării de sănătate a pacientului și îndrumării acestuia, după caz, spre alte specialități medicale, spre servicii de chirurgie ori de fizioterapie (n. Tr.).

{18} Accidentare provocată de mișcări repetate (n. Tr.).

{19} Massachusetts Institute of Technology – Institutul de Tehnologie Massachusetts (n. Tr.).

{20} Indianapolis 500, sau prescurtat Indy 500, este considerată cea mai celebră cursă auto din lume; are loc anual, pe circuitul oval de la Indianapolis Motor Speedway (n. Tr.).

{21} Marcă Nestlé de alimente instant (n. Tr.).

{22} Lanț de restaurante specializate în deserturi pe bază de înghețată (n. Tr.).

{23} Lanț de restaurante specializate în preparate pentru micul dejun (n. Tr.).

{24} Golirea rapidă a conținutului stomacului (n. Tr.).

{25} Regiune montană întinsă, situată în nord-estul statului american New York (n. Tr.).

{26} Detectivul sergent Joe Friday este un personaj din serialul de radio (1949-56) și televiziune (1951-59 și 1967-70) *Dragnet,* interpretat de actorul, producătorul TV și scriitorul american Jack Webb (n. Tr.).

{27} *Jolly* înseamnă jovial, vesel, optimist (n. Tr.).

{28} O membrană permeabilă din material plastic (n. Tr.).

{29} înlocuirea articulației șoldului cu o endoproteză (n. Tr.).